Angelópolis,16 de octubre de 2026

CUENTA DE COBRO No.02

PAGO No. 02

ALCALDÍA DE ANGELÓPOLIS
NIT: 890981493-5

DEBE A:
ANGIE PAOLA MONTOYA VARGAS
C.C. 1.048.020.264

Por concepto de HONORARIOS causados entre el 01 de septiembre del 2026 y el 30 de septiembre del 2026 por la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión No. CPS-058-2026 suscrito con el Municipio de Angelópolis, por valor TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 3.700.000)

DECLARACIONES

- Declaro bajo la gravedad de juramento que el presente cobro corresponde exclusivamente a actividades ejecutadas dentro del periodo relacionado, conforme al objeto contractual, y que esta vinculación es de naturaleza administrativa o civil o comercial, sin que se configure relación laboral o legal y reglamentaria con el Municipio de Angelópolis.
- Declaro que he realizado los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral correspondientes al periodo objeto de cobro y que los soportes aportados guardan correspondencia con los ingresos del contrato que origina este pago, de conformidad con la normativa tributaria y de retención aplicable.
-

- **INFORMACIÓN TRIBUTARIA PARA EL PAGO**
-

- No estoy obligado(a) a expedir factura de venta o documento equivalente.
- Certifico para el año gravable 2026 que SI [ ] / NO [x] tomaré costos y gastos procedentes asociados a esta actividad (Ley 2277 de 2022 y Decreto 2231 de 2023).
- Solicito disminución de la base de retención en la fuente por aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral (parágrafo 1 del Decreto 2271 de 2009), y certifico bajo gravedad de juramento que los soportes corresponden al ingreso base de cotización derivado del contrato objeto del pago (solo si aplica).

ANEXOS

1. Informe de actividades con anexos/evidencias.
2. Soporte de pago a la Seguridad Social Integral (PILA).

Favor consignar a mi nombre en la cuenta AHORROS No. 99337004519 del banco Bancolombia.

Cordialmente,



ANGIE PAOLA MONTOYA VARGAS
CC: 1.048.020.264
Móvil: 320805094
e-mail: Angie14oc2010@gmail.com

LISTA DE CHEQUEO SECRETARÍA DE HACIENDA

NOMBRE CONTRATISTA:	**ANGIE PAOLA MONTOYA VARGAS**
CEDULA DEL CONTRATISTA:	**1.048.020.264**
OBJETO DEL CONTRACTUAL:	**RESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD Y DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA**
SUPERVISOR:	**SANTIAGO TOBON UPEGUI**
NÚMERO DEL CONTRATO:	**CPS-058-2026**
NUMERO DE PAGO:	**02**

N°	**DOCUMENTO**	**ENTREGÓ**	
		SÍ	**NO**
1	Informe de actividades con los anexos o evidencias de ejecución	X	
2	Factura electrónica o cuenta de cobro y certificación de retención en la fuente (si aplica)	X	
3	RUT	X	
4	Certificación bancaria	X	
5	Planilla y soporte de pago a la seguridad social integral.	X	
6	Informe de supervisión	X	

ENTREGA DEL SUPERVISOR A CONTRATACION

Firma del supervisor: _____

Nombre de quien recibe: _____

Firma de quien recibe: _____

Fecha de entrega _____

ENTREGA DE CONTRATACIÓN A SECRETARIA DE HACIENDA

Firma de quien entrega: _____

Nombre de quien recibe: _____

Firma de quien recibe: _____

Fecha de quien entrega: _____

ENTREGA DE SECRETARIA DE HACIENDA A CONTRATACION

Firma de quien entrega: _____

Nombre de quien recibe: _____

Firma de quien recibe: _____

Fecha de quien entrega: _____

LISTA DE CHEQUEO OFICINA DE CONTRATACION

NOMBRE CONTRATISTA:	**ANGIE PAOLA MONTOYA VARGAS**
CEDULA DEL CONTRATISTA:	**1.048.020.264**
OBJETO DEL CONTRACTUAL:	**RESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD Y DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA**
SUPERVISOR:	**SANTIAGO TOBON UPEGUI**
NÚMERO DEL CONTRATO:	**CPS-058-2026**
NUMERO DE PAGO:	**02**

N°	**DOCUMENTO**	**ENTREGÓ**	
		SÍ	**NO**
1	Informe de actividades con los anexos o evidencias de ejecución	X	
2	Factura electrónica o cuenta de cobro y certificación de retención en la fuente (si aplica)	X	
3	Planilla y soporte de pago a la seguridad social integral.	X	
4	Informe de supervisión	X	

ENTREGA DEL SUPERVISOR A CONTRATACION

Firma del supervisor: _____

Nombre de quien recibe: _____

Firma de quien recibe: _____

Fecha de entrega: _____

ENTREGA DE CONTRATACIÓN A SECRETARIA DE HACIENDA

Firma de quien entrega: _____

Nombre de quien recibe: _____

Firma de quien recibe: _____

Fecha de quien entrega: _____

ENTREGA DE SECRETARIA DE HACIENDA A CONTRATACION

Firma de quien entrega: _____

Nombre de quien recibe: _____

Firma de quien recibe: _____

Fecha de quien entrega: _____

MUNICIPIO DE ANGELÓPOLIS - ANTIOQUIA

INFORME DE ACTIVIDADES, SOPORTES Y SOLICITUD DE PAGO (CONTRATISTA)
CPS / Apoyo a la Gestión o Servicios Profesionales

PAGO No.	02

1. Identificación del contrato.

CONTRATO No.	CPS-058-2026
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE ANGELOPOLIS
NIT.	890.981.493-5
CONTRATISTA	ANGIE PAOLA MONTOYA VARGAS
C.C.	1.048.020.264
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD Y DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
LUGAR DE EJECUCIÓN	ANGELÓPOLIS
CDP	N°00410 DEL 10 DE JULIO DE 2026
RP	N°00581 DEL 29 DE JULIO DE 2026
VALOR	$ 18.130.000
PLAZO	CUATRO (4) MESES Y VEINTISIETE (27) DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO, SIN EXCEDER EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026
PERIODO DE SEGUIMIENTO O EJECUCIÓN	SEPTIEMBRE 2026
NÚMERO DEL PAGO	02

2. Ejecución de actividades y entregables del periodo

Obligación específica literal a)	Apoyar la recopilación, clasificación y organización de los documentos y evidencias requeridos para el seguimiento del Plan Territorial de Salud - PTS 2024– 2027.
Actividad ejecutada (resumen)	La contratista elaboró de indicadores para seguimiento de PTS anual.

Evidencia (anexo/enlace/radicado)	

Al 2027 aumentar la cobertura de aseguramiento

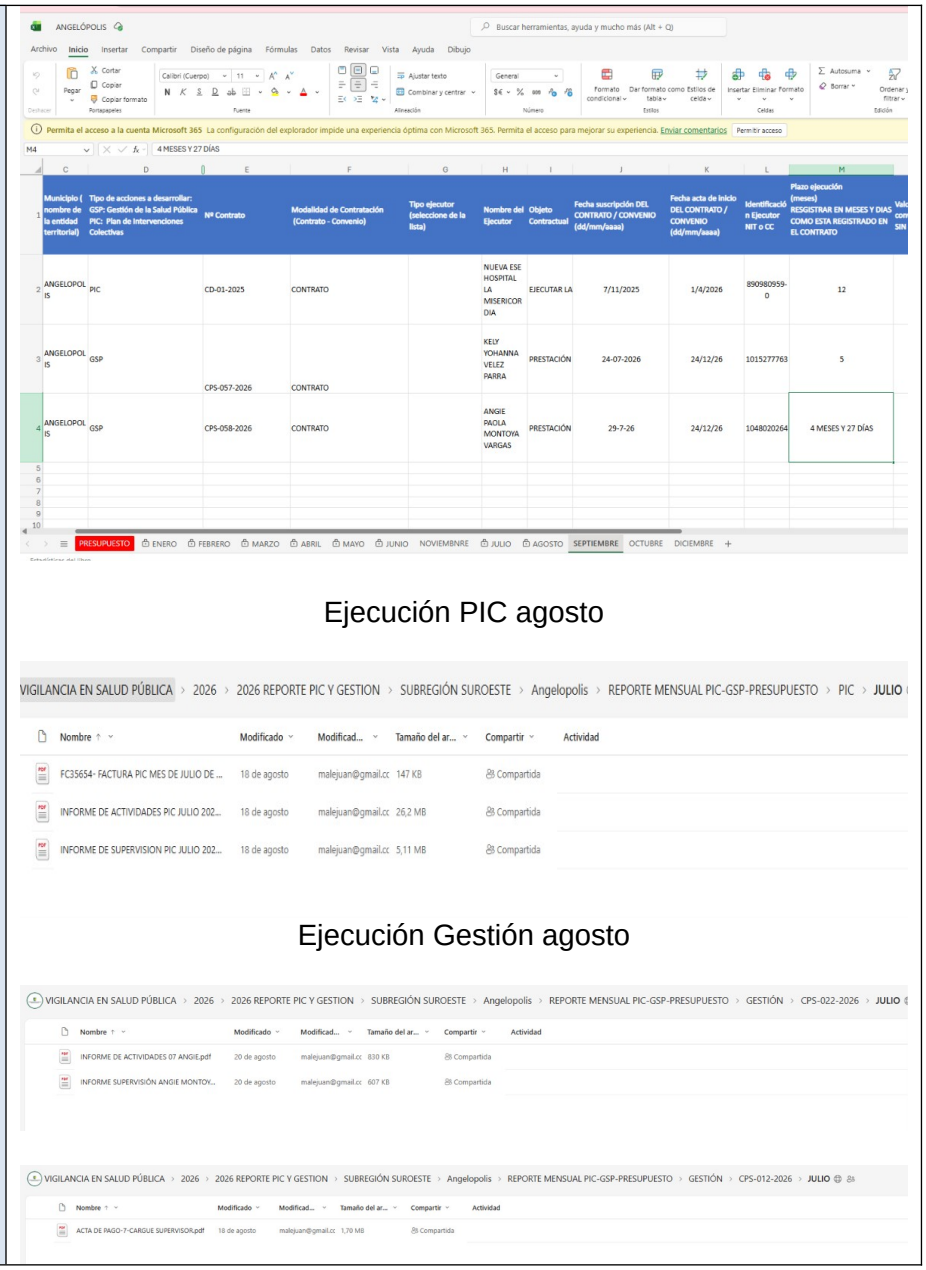
Nombre del Indicador: Cobertura de aseguramiento en salud del municipio.		Código: D.1
Objetivo	Expresa el número de personas con cobertura de aseguramiento en salud en el municipio de Angelopolis	
Forma de Cálculo:	Cociente entre el Número de personas afiliadas al SGSSS y el número total de personas en un periodo, multiplicado por 100% expresado como porcentaje (%).	**Componentes de la Fórmula de Cálculo:** Numerador: Número de personas afiliadas al SGSSS **Fuente del Numerador:** Denominador: Número total de personas. **Fuente del denominador:** Unidad de medida: Por 100 (%)
Niveles de desagregación:	Municipio	Periodicidad: Anual
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del	El Ministerio de Salud y Protección Social calculará este indicador a partir de las fuentes relacionadas en el numerador y denominador de este indicador.	
Observaciones	Ninguna	
Dominio	Efectividad	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	15/07/2026	Secretaria de Salud y Bienestar de Angelopolis

Al 2027 disminuir a 17 la tasa de mortalidad por VIH

Nombre del Indicador: Tasa de mortalidad por VIH/SIDA.		Código: D.2
Objetivo	Medir la frecuencia de las defunciones por infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y enfermedad por VIH (SIDA) en la población del municipio, con el fin de evaluar el impacto de la	
Forma de Cálculo:	Cociente entre el Número de defunciones por VIH/SIDA en el periodo y Poblacion total proyectada del municipio en mismo periodo, por 100.000.	**Componentes de la Fórmula de Cálculo:** Numerador: Número de defunciones por VIH/SIDA en el periodo **Fuente del Numerador:** Denominador: Poblacion total proyectada del municipio en mismo periodo **Fuente del denominador:** Unidad de medida: Por 100 (%)
Niveles de desagregación:	Municipio	Periodicidad: Anual
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del indicador	El Ministerio de Salud y Protección Social calculará este indicador a partir de las fuentes relacionadas en el numerador y denominador de este indicador.	
Observaciones	Ninguna	
Dominio	Efectividad	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	15/07/2026	Secretaria de Salud y Bienestar de Angelopolis

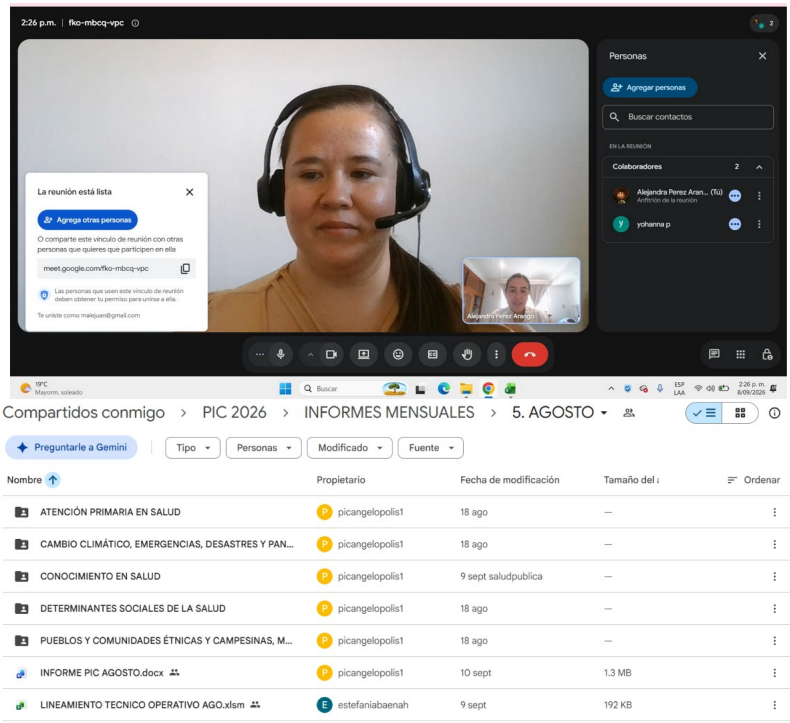
Obligación específica literal b)	Mantener actualizada una matriz documental que relacione metas, actividades, responsables, soportes y evidencias del Plan de Acción en Salud —PAS— y del Componente Operativo Anual de Inversiones - COAI.
Actividad ejecutada (resumen)	Para el mes de septiembre no aplica la ejecución de la actividad
Evidencia (anexo/enlace/radicado)	No Aplica

Obligación específica literal c)	Apoyar el diligenciamiento, actualización y cargue de la información del PAS, COAI y PTS en las plataformas o herramientas institucionales, utilizando información previamente revisada y autorizada por el servidor competente.
Actividad ejecutada (resumen)	Cargue de información Mensual PIC-Gestión – Presupuesto, de según lo ejecutado al mes de julio, según los requerimientos de la secretaria de Salud y Protección Social en el one drive dispuesto para esto.
Evidencia (anexo/enlace/radicado/foto)	Actualización de consolidado de ejecución del mes de septiembre

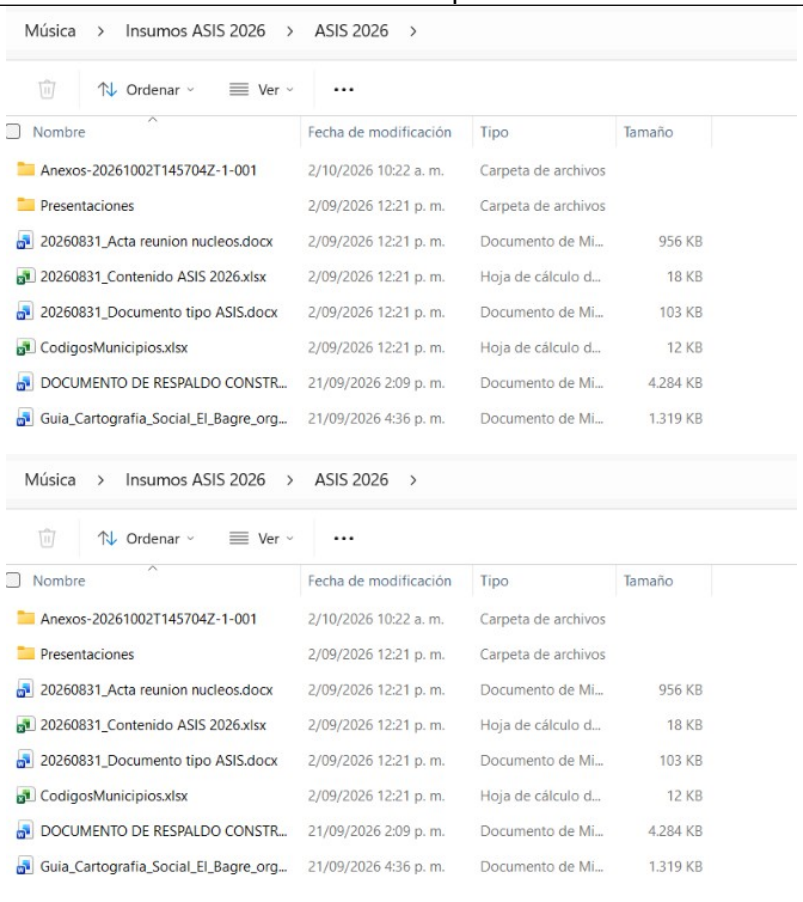


Obligación específica literal d)	Apoyar documentalmente la preparación y actualización del anexo técnico del Plan de Intervenciones Colectivas – (PIC), conforme a las orientaciones e instrumentos definidos por la Secretaría.
Actividad ejecutada (resumen)	Para el mes de septiembre no aplica la ejecución de la actividad
Evidencia (anexo/enlace/radicado/foto)	No Aplica

Obligación específica literal e)	Ejecutar las acciones necesarias para la armonización e implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, garantizando su articulación con los planes territoriales y demás políticas del sector salud.
Actividad ejecutada (resumen)	Para el mes de septiembre no aplica la ejecución de la actividad
Evidencia (anexo/enlace/radicado/foto)	No Aplica

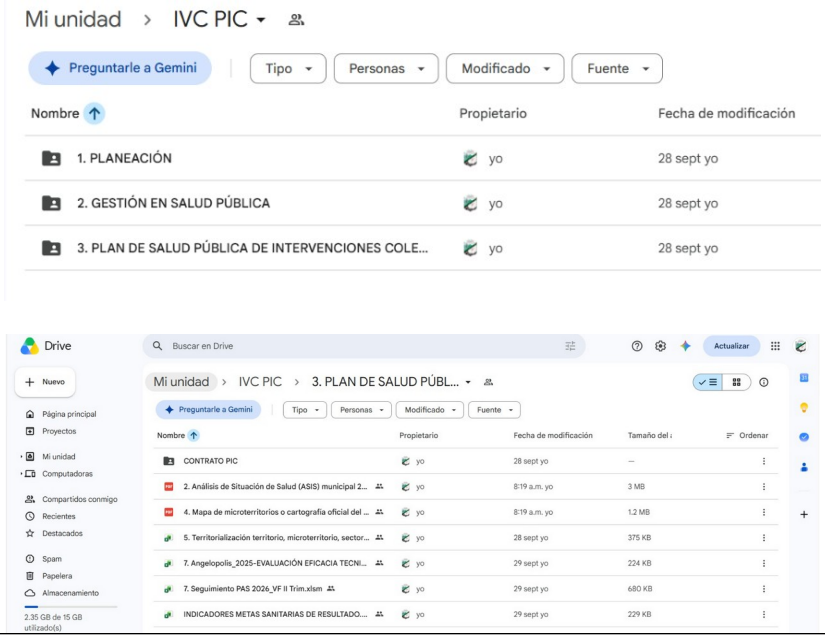
Obligación específica literal f)	Apoyar al municipio en la elaboración de los informes cuantitativos y cualitativos derivados de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2026, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia de la información.
Actividad ejecutada (resumen)	Revisión de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2026, para elaboración de factura e informe del mes de agosto y septiembre 1.
Evidencia (anexo/enlace/radicado/foto)	

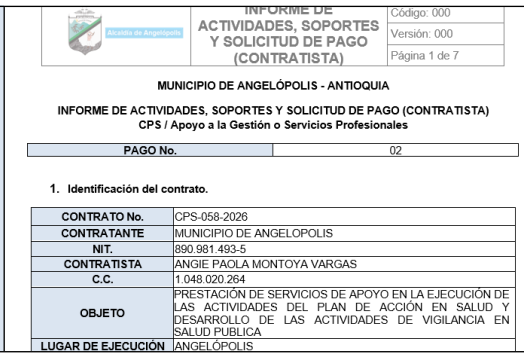
Obligación específica literal G)	Estructurar, diseñar y formular el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2026 del municipio, incorporando información actualizada, análisis de determinantes sociales, condiciones de salud de la población y prioridades en salud pública.
Actividad ejecutada (resumen)	Revisión de documentos para elaboración del ASIS 2026, que concuerden con los datos del municipio.
Evidencia (anexo/enlace/radicado/foto)	

Obligación específica literal H)	Realizar visitas a las veredas y corregimientos del municipio con el fin de recolectar información territorial y comunitaria que

	permita avanzar en la caracterización poblacional y el desarrollo de cartografía social, como insumos esenciales para la estructuración del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2026. Estas actividades deberán permitir una comprensión integral de las condiciones sociales y de salud del territorio.
Actividad ejecutada (resumen)	Para el mes de septiembre no aplica la ejecución de la actividad
Evidencia (anexo/enlace/radicado/foto)	No Aplica

Obligación específica literal i)	Cumplir con todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato, siempre que se encuentren enmarcadas dentro del objeto contractual.
Actividad ejecutada (resumen)	Apoyo en recolección de información para visita de IVC de PSPIC.
Evidencia (anexo/enlace/radicado/foto)	

Obligación específica literal J)	Presentar informes mensuales y un informe final de las actividades documentales, operativas, logísticas y territoriales ejecutadas, efectuar la entrega formal de los archivos y soportes bajo su responsabilidad y desarrollar únicamente actividades complementarias directamente relacionadas con el objeto, acordadas por escrito y no asignadas a otros contratos.
Actividad ejecutada (resumen)	Entrega del informe mensual correspondiente al mes de septiembre, con todas las evidencias.

Evidencia (anexo/enlace/radicado/foto)	

3. Soportes de seguridad social (PILA)

Mes(es) aportado(s)	Septiembre
No. planilla / Operador	6033381344
IBC reportado	5.000.000
Adjunta PILA	X Sí ☐ No ☐ No aplica

4. Solicitud de pago / cuenta de cobro (según aplique)

Solicito el pago de los honorarios correspondientes al periodo reportado, conforme al contrato y al tiempo efectivamente ejecutado.

Valor total del contrato (COP)	$ 18.130.000
Plazo (días) / Valor día (si aplica)	N/A
Días ejecutados en el periodo	Mes calendario
Valor solicitado o valor a pagar (COP)	$ 3.700.000
Pagos anteriores acumulados (COP)	$ 4.070.000
Saldo por ejecutar (COP)	$ 10.360.000,00

5. Datos bancarios

Entidad financiera	Bancolombia
Tipo y No. de cuenta	Ahorros 99337004519
Titular	Angie Paola Montoya Vargas
Correo y teléfono	Angie14oc2010@gmail.com 320 8025094

6. Facturación y soporte tributario.

X NO estoy obligado a expedir factura electrónica. Este documento soporta la solicitud de pago / documento equivalente para el trámite interno.

7. Declaraciones del contratista

Declaro bajo gravedad de juramento que la información reportada es veraz, que las actividades se ejecutaron conforme al contrato y que los aportes al Sistema de Seguridad Social del periodo fueron pagados (según soportes anexos).

8. Fecha de realización del último curso de seguridad y salud en el trabajo SST – realizado por el municipio de Angelópolis para contratistas.

Fecha de realización del curso SST	13 de febrero del 2026

9. Firma del contratista

Firma	
Nombre	ANGIE PAOLA MONTOYA VARGAS
C.C./NIT	1.048.040.264
Fecha	16/10/2026

MUNICIPIO DE ANGELÓPOLIS - ANTIOQUIA
INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL, RECIBO A SATISFACCIÓN Y AVAL PARA TRÁMITE DE PAGO

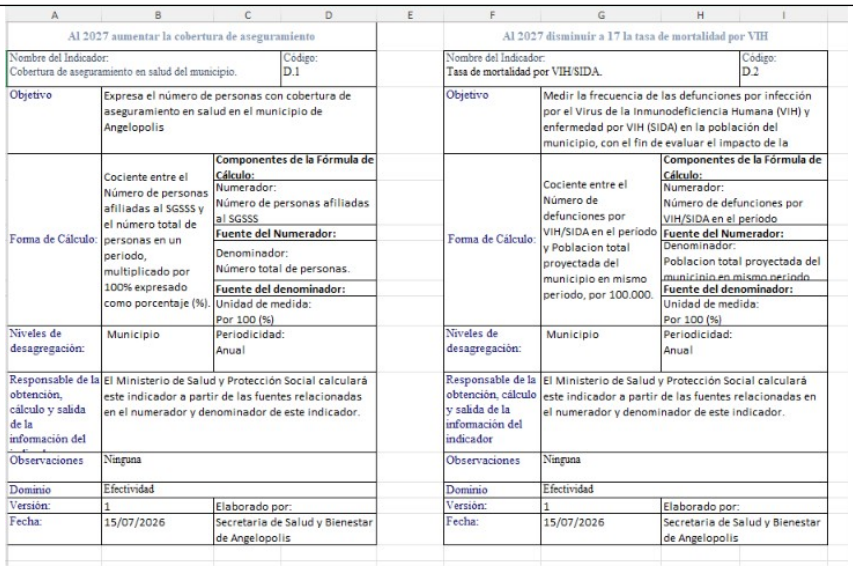
1. Identificación del contrato y del pago

CONTRATO No.	CPS-058-2026
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE ANGELOPOLIS
NIT.	890.981.493-5
CONTRATISTA	ANGIE PAOLA MONTOYA VARGAS
C.C.	1.048.020.264
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD Y DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
LUGAR DE EJECUCIÓN	ANGELÓPOLIS
CDP	N°00410 DEL 10 DE JULIO DE 2026
RP	N°00581 DEL 29 DE JULIO DE 2026
VALOR	$ 18.130.000
PLAZO	CUATRO (4) MESES Y VEINTISIETE (27) DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO, SIN EXCEDER EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026
PERIODO DE SEGUIMIENTO O EJECUCIÓN	SEPTIEMBRE 2026
NÚMERO DEL PAGO	02

2. Matriz de seguimiento a actividades y obligaciones del periodo (evidencia principal de supervisión)

Registre la verificación realizada a cada actividad reportada por el contratista en el numeral 2 del Formato 01. Esta matriz es la evidencia principal de supervisión y control del cumplimiento.

Obligación específica literal a)	Apoyar la recopilación, clasificación y organización de los documentos y evidencias requeridos para el seguimiento del Plan Territorial de Salud - PTS 2024– 2027.
Actividad / obligación reportada	Elaboración de indicadores para seguimiento de PTS anual

Evidencia revisada	

Al 2027 aumentar la cobertura de aseguramiento

Nombre del Indicador: Cobertura de aseguramiento en salud del municipio.			Código: D.1
Objetivo	Expresa el número de personas con cobertura de aseguramiento en salud en el municipio de Angelopolis		
Forma de Cálculo:	Cociente entre el Número de personas afiliadas al SGSSS y el número total de personas en un periodo, multiplicado por 100% expresado como porcentaje (%).	**Componentes de la Fórmula de Cálculo:** Numerador: Número de personas afiliadas al SGSSS **Fuente del Numerador:** Denominador: Número total de personas. **Fuente del denominador:** Unidad de medida: Por 100 (%)	
Niveles de desagregación:	Municipio	Periodicidad: Anual	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del	El Ministerio de Salud y Protección Social calculará este indicador a partir de las fuentes relacionadas en el numerador y denominador de este indicador.		
Observaciones	Ninguna		
Dominio	Efectividad		
Versión:	1	Elaborado por:	
Fecha:	15/07/2026	Secretaria de Salud y Bienestar de Angelopolis	

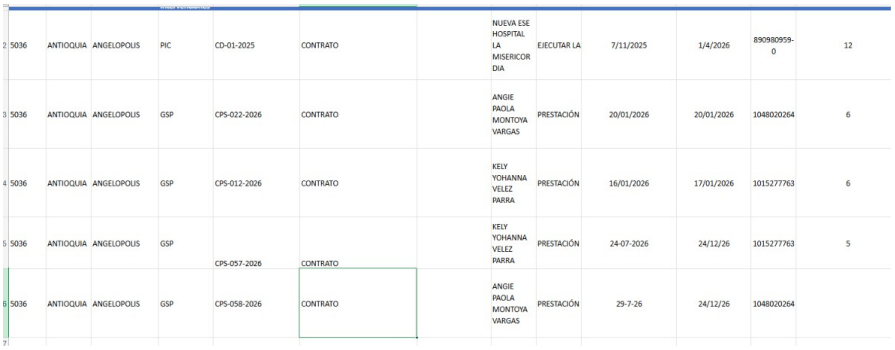
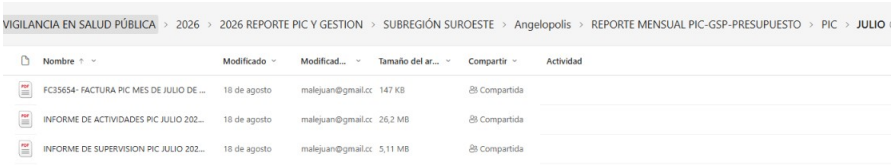
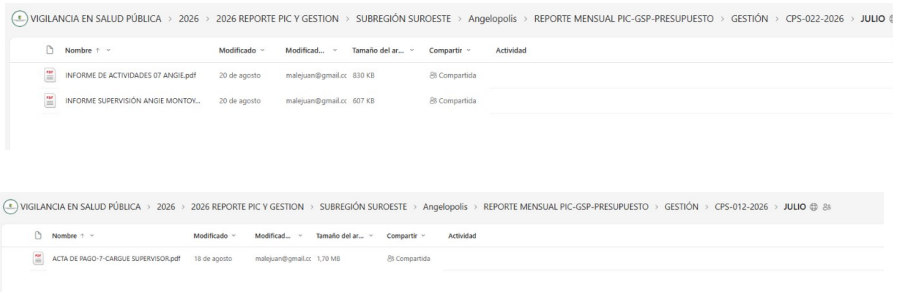
Al 2027 disminuir a 17 la tasa de mortalidad por VIH

Nombre del Indicador: Tasa de mortalidad por VIH/SIDA.			Código: D.2
Objetivo	Medir la frecuencia de las defunciones por infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y enfermedad por VIH (SIDA) en la población del municipio, con el fin de evaluar el impacto de la		
Forma de Cálculo:	Cociente entre el Número de defunciones por VIH/SIDA en el período y Poblacion total proyectada del municipio en mismo período, por 100.000.	**Componentes de la Fórmula de Cálculo:** Numerador: Número de defunciones por VIH/SIDA en el periodo **Fuente del Numerador:** Denominador: Poblacion total proyectada del municipio en mismo periodo **Fuente del denominador:** Unidad de medida: Por 100 (%)	
Niveles de desagregación:	Municipio	Periodicidad: Anual	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del indicador	El Ministerio de Salud y Protección Social calculará este indicador a partir de las fuentes relacionadas en el numerador y denominador de este indicador.		
Observaciones	Ninguna		
Dominio	Efectividad		
Versión:	1	Elaborado por:	
Fecha:	15/07/2026	Secretaria de Salud y Bienestar de Angelopolis	

Resultado	X Cumple □ Parcial □ No cumple
Hallazgos / observaciones	N/A
Acción correctiva / requerimiento	N/A

Obligación específica literal b)	Mantener actualizada una matriz documental que relacione metas, actividades, responsables, soportes y evidencias del Plan de Acción en Salud —PAS— y del Componente Operativo Anual de Inversiones - COAI.
Actividad / obligación reportada	Para el mes de septiembre no aplica la ejecución de la actividad
Evidencia revisada	No Aplica
Resultado	□ Cumple □ Parcial □ No cumple
Hallazgos / observaciones	N/A
Acción correctiva / requerimiento	N/A

Obligación específica literal c)	Apoyar el diligenciamiento, actualización y cargue de la información del PAS, COAI y PTS en las plataformas o herramientas institucionales, utilizando información previamente revisada y autorizada por el servidor competente.
Actividad / obligación reportada	La contratista realiza el Cargue de información Mensual PIC-Gestión – Presupuesto, de según lo ejecutado al mes de julio, según los requerimientos de la secretaria de Salud y Protección Social en el

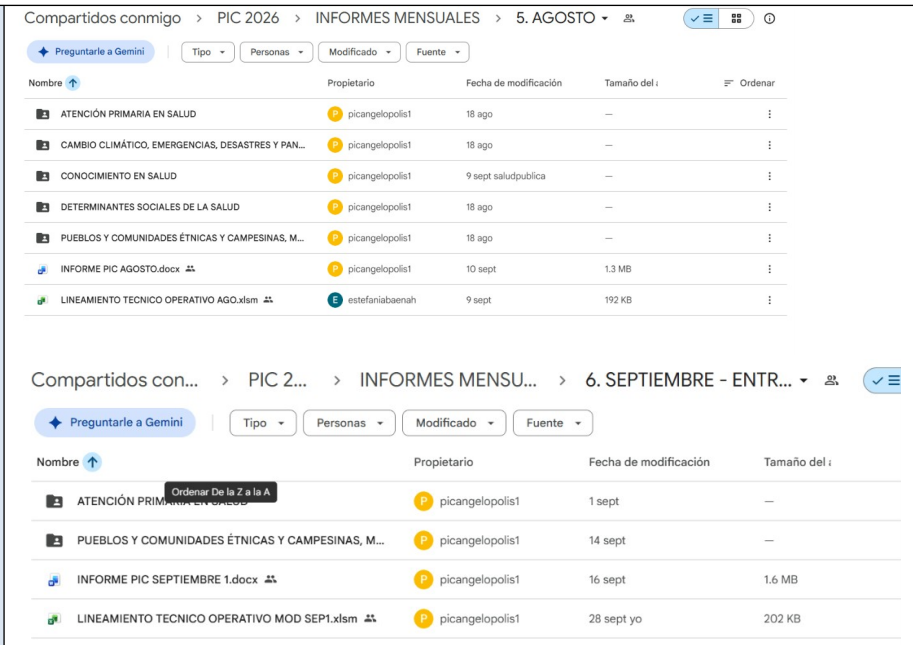
	one drive dispuesto para esto.
Evidencia revisada	Actualización de consolidado de ejecución del mes de septiembre  Ejecución PIC julio  Ejecución Gestión Julio 
Resultado	X Cumple □ Parcial □ No cumple
Hallazgos / observaciones	N/A
Acción correctiva / requerimiento	N/A

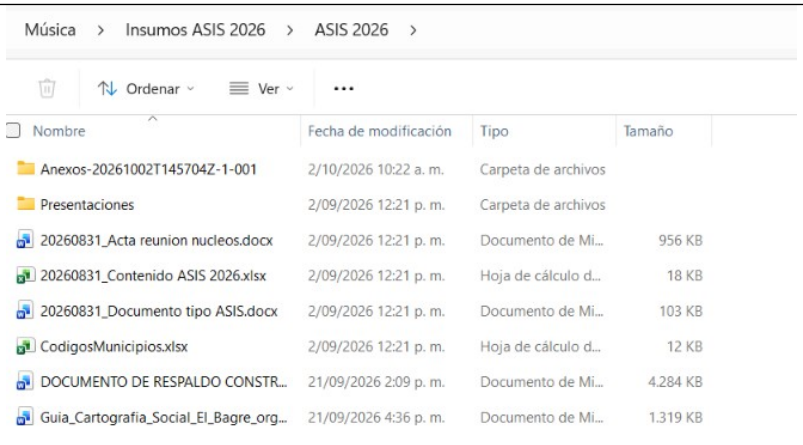
Obligación específica literal d)	Apoyar documentalmente la preparación y actualización del anexo técnico del Plan de Intervenciones Colectivas – (PIC), conforme a las orientaciones e instrumentos definidos por la Secretaría.
Actividad / obligación reportada	Para el mes de septiembre no aplica la ejecución de la actividad
Evidencia revisada	No Aplica

Resultado	☐ Cumple ☐ Parcial ☐ No cumple
Hallazgos / observaciones	N/A
Acción correctiva / requerimiento	N/A

Obligación específica literal E)	Ejecutar las acciones necesarias para la armonización e implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, garantizando su articulación con los planes territoriales y demás políticas del sector salud.
Actividad / obligación reportada	Para el mes de septiembre no aplica la ejecución de la actividad
Evidencia revisada	No Aplica
Resultado	☐ Cumple ☐ Parcial ☐ No cumple
Hallazgos / observaciones	N/A
Acción correctiva / requerimiento	N/A

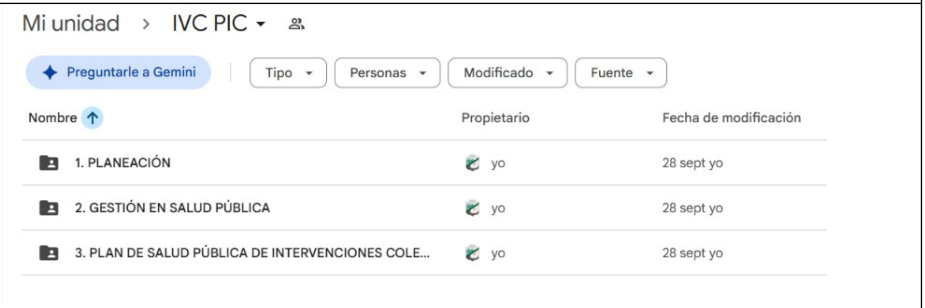
Obligación específica literal F)	Apoyar al municipio en la elaboración de los informes cuantitativos y cualitativos derivados de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2026, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia de la información.
Actividad / obligación reportada	La contratista realiza la revisión de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2026, para elaboración de factura e informe del mes de agosto y septiembre 1
Evidencia revisada	

	
Resultado	X Cumple ☐ Parcial ☐ No cumple
Hallazgos / observaciones	N/A
Acción correctiva / requerimiento	N/A

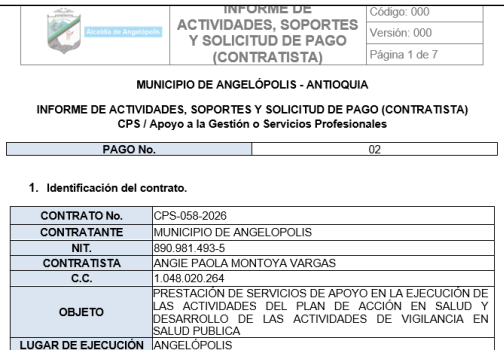
Obligación específica literal g)	Estructurar, diseñar y formular el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2026 del municipio, incorporando información actualizada, análisis de determinantes sociales, condiciones de salud de la población y prioridades en salud pública.
Actividad / obligación reportada	La contratista realiza la revisión de documentos para elaboración del ASIS 2026, que concuerden con los datos del municipio.
Evidencia revisada	

Resultado	X Cumple ☐ Parcial ☐ No cumple
Hallazgos / observaciones	N/A
Acción correctiva / requerimiento	N/A

Obligación específica literal h)	Realizar visitas a las veredas y corregimientos del municipio con el fin de recolectar información territorial y comunitaria que permita avanzar en la caracterización poblacional y el desarrollo de cartografía social, como insumos esenciales para la estructuración del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2026. Estas actividades deberán permitir una comprensión integral de las condiciones sociales y de salud del territorio.
Actividad / obligación reportada	Para el mes de septiembre no aplica la ejecución de la actividad
Evidencia revisada	No Aplica
Resultado	☐ Cumple ☐ Parcial ☐ No cumple
Hallazgos / observaciones	N/A
Acción correctiva / requerimiento	N/A

Obligación específica literal i)	Cumplir con todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato, siempre que se encuentren enmarcadas dentro del objeto contractual.
Actividad / obligación reportada	La contratista apoyó en recolección de información para visita de IVC de PSPIC.
Evidencia revisada	
Resultado	X Cumple ☐ Parcial ☐ No cumple
Hallazgos / observaciones	N/A
Acción correctiva /	N/A

requerimiento	

Obligación específica literal j)	Presentar informes mensuales y un informe final de las actividades documentales, operativas, logísticas y territoriales ejecutadas, efectuar la entrega formal de los archivos y soportes bajo su responsabilidad y desarrollar únicamente actividades complementarias directamente relacionadas con el objeto, acordadas por escrito y no asignadas a otros contratos.
Actividad / obligación reportada	Entrega del informe mensual correspondiente al mes de septiembre, con todas las evidencias.
Evidencia revisada	
Resultado	X☐ Cumple ☐ Parcial ☐ No cumple
Hallazgos / observaciones	N/A
Acción correctiva / requerimiento	N/A

3. Actuaciones de supervisión realizadas en el periodo (evidencia complementaria de control)

Acción de supervisión	¿Se realizó?	Detalle / soporte (radicado, enlace, anexo)
Revisión documental del informe del contratista y anexos	X Sí ☐ No ☐ N/A	10/10/2026
Verificación de evidencias/entregables (muestra o totalidad)	☐ Sí ☐ No X N/A	
Reuniones/llamadas de seguimiento (acta/correo – si aplica)	☐ Sí ☐ No X N/A	
Visitas / verificaciones en sitio (si aplica)	☐ Sí ☐ No X N/A	

Requerimientos / observaciones al contratista (comunicación)	☐ Sí ☐ No X N/A	
Validación de cargue SECOP II (si aplica)	X Sí ☐ No ☐ N/A	16/10/2026

4. Seguimiento financiero del contrato (corte al periodo verificado)

Con base en el contrato y en los pagos previos, dejo constancia del seguimiento financiero:

Valor total del contrato (COP)	$ 18.130.000
Plazo contractual (días) / Valor día (si aplica)	N/A
Valor del periodo a pagar (COP)	$ 3.700.000,00
Pagos anteriores acumulados (COP)	$ 4.070.000,00
Total ejecutado con este pago (COP)	$ 7.770.000,00
% de ejecución con este pago	42.86%
Saldo por ejecutar (COP)	$ 10.360.000,00

5. Verificación de aportes a Seguridad Social (requisito para pago)

Mes(es) aportado(s)	Septiembre
No. planilla / Operador	6033381344
IBC verificado	$ 5.000.000
Resultado verificación	X Aporta y soporta ☐ Pendiente /Inconsistente
Observaciones	N/A

6. Recibo a satisfacción

CERTIFICO que, de acuerdo con el seguimiento efectuado por esta supervisión, el contratista cumplió y ejecutó a satisfacción las actividades y obligaciones contractuales correspondientes al período verificado, en concordancia con el objeto, alcance y obligaciones pactadas en el contrato de prestación de servicios profesionales.

Así mismo, consta que el informe de actividades, los soportes presentados y los entregables exigibles para el período fueron revisados, verificados y encontrados conformes por esta supervisión, razón por la cual se reciben a satisfacción para efectos del trámite de pago, sin perjuicio del seguimiento permanente a cargo de la Entidad y de las verificaciones posteriores a que haya lugar.

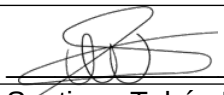
7. Aval explícito de pago

En mi calidad de supervisor del contrato, y de conformidad con el seguimiento técnico, administrativo y financiero realizado al período objeto de cobro, así como con la revisión de los soportes allegados por el contratista, AVALO el trámite del Pago No. 02 por concepto de ejecución contractual del período verificado, por los valores que se relacionan a continuación:

Valor del pago (COP)	$ 3.700.000
Condiciones / observaciones para el pago	N/A

Nota: El valor aquí avalado se tramita sin perjuicio de las retenciones, deducciones, descuentos y demás conceptos a que haya lugar, las cuales serán aplicadas por el Municipio de Angelópolis al momento del pago, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente y las disposiciones tributarias, presupuestales y financieras aplicables.

8. Firmas

Firma Supervisor(a)	
Nombre	Santiago Tobón Upegui
Cargo / Dependencia	Secretario de salud y bienestar social
Fecha	16/10/2026
Visto bueno (si aplica)	Santiago Tobón Upegui
Firma visto bueno (si aplica)	