



**ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS**  
**FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO**

PA-02-P1-F8

VERSION 02

Dependencia:	SUBDIRECCION DE TRANSPORTE PÚBLICO	Número de pago/ Total de pagos:	05/06	Fecha de entrega	5/06/26
Banco	SCOTIABANK COLPATRIA	Cuenta	1001579513	Tipo	Ahorros
Nombre del contratista		DANNY ROBERTO VILLAMIZAR COTE		Cedula/NIT	1.130.675.329
				DV	7
Periodo a Cobrar: 09-05-2026 A 08-06-2026					

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO							
Marque con "X"	Número Contrato	055/2026	Fecha de suscripción	9-ene-26	Fecha de Inicio	9-ene-26	
					Fecha de terminación:	8-jul-26	
OPS	X	CDP No.	055	Fecha de DCP	9-ene-26	Duración:	6 MESES
Contrato		Registro presupuestal No.:	055	Fecha de RP	9-ene-26	Adicional?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Resolución		Supervisor	KELLY TATIANA REYES MONTALVO		Cargo del supervisor	SUBDIRECTORA DE TRANSPORTE	
Factura		No. Rubro	2.1.2.02.02.008.01	Nombre del Rubro	HONORARIOS		
Convenio		Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA DAR RESPUESTA A LOS DIFERENTES REQUERIMIENTOS QUE DEBE DAR RESPUESTA LA SUBDIRECCION DE TRANSPORTE PUBLICO DEL AREA METROPOLITANA DE CÚCUTA.				

ASPECTOS TRIBUTARIOS	
Marque con "X"	
Persona Natural:	X
Gran Contribuyente:	
IVA Régimen Común:	
Actividad IICA- Código CIIU:	
Persona Jurídica:	
Autoretenedor:	
Entidad sin ánimo de lucro	
Tarifa:	

INFORMACIÓN FINANCIERA		APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL	
Valor Inicial del contrato:	21.000.000	Periodo Pagado Salud	Mayo
Ajuste Modificatoria 001		Periodo Pagado Pensión	Mayo
Adición No.1		No de Planilla	6017778862
Adición No.2		Fecha de pago	14-may-26
Valor Total del contrato:	21.000.000	Valor pagado Salud	391.400
Valor pagado:	14.000.000	Valor pagado Pensión	501.000
Valor a pagar en el periodo:	3.500.000	Valor pagado Riesgos	16.400
Saldo:	3.500.000	Total Aportes del periodo	908.800
% de avance	83,3%		
		Base de pago de aportes	3.131.000
		Pensionado	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

ASPECTOS TECNICOS	SOPORTES DOCUMENTALES Y EN RED
<p>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Elaborar el acto administrativo, para el trámite de cambio de empresa de la subdirección de transporte público con el fin de reducir tiempos en trámites para los usuarios del AMC.</li> <li>Elaborar el acto administrativo, tramite de desvinculación de la subdirección de transporte público con el fin de reducir tiempos en trámites para los usuarios del AMC.</li> <li>Elaborar el acto administrativo, tramite de vinculación de la subdirección de transporte público con el fin de reducir tiempos en trámites para los usuarios del AMC.</li> <li>Proyectar y elaborar actos administrativos para la salida de vehículos que incumplan las normas de transporte público.</li> <li>Dar inicio de investigaciones administrativas a los propietarios y/o empresas de transporte colectivo e individual por incumplimiento de las normas de transporte público.</li> <li>Las actividades correspondientes a cada objeto contractual realizadas mes a mes deben ser cargadas en el DRIVE que maneja la subdirección de transporte público las cuales harán parte de informe de gestión mensual.</li> <li>Cumplir con las políticas de seguridad y salud en el trabajo, calidad y seguridad vial.</li> </ol> <p>Certifico que las actividades anteriormente mencionadas se ejecutaron conforme a lo establecido en el contrato y fueron revisadas, cuyas evidencias se registran en el informe de actividades y/o soportes, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud, pensión y ARL conforme a las normas vigentes, presentado cuenta de cobro o factura y los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, igualmente certifico que el contratista presento informe y/o evidencias de cumplimiento según las obligaciones pactadas, por lo tanto se autoriza el pago del periodo cobrado.</p>	

**L SUPERVISOR**  
**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** KELLY TATIANA REYES MONTALVO  
**Identificación:** 1.090.483.631

**EL CONTRATISTA CUMPLIÓ CON LAS ACTIVIDADES DE SST**  
 SI  NO

**Anexos:**

Copia de aportes a seguridad social	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Evidencias Físicas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Evidencias digitales	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Lugar consulta de las evidencias