INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE TRÁNSITO DEL QUINDÍO	**PROCESO:** GESTIÓN JURÍDICA **DEPENDENCIA:** OFICINA ASESORA JURÍDICA	**Código:** FO-AJ-PGJ-002 **Fecha de vigencia:** 08/05/2026
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: ACTA DE SUPERVISIÓN	**Versión:** 004 **Página:** 1 de 1

INFORMACIÓN GENERAL			
CONTRATO NO.:	69		
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO EN LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE TRÁNSITO DEL QUINDÍO		
CONTRATISTA:	ROBERTO ALEJANDRO MEDINA HERNANDEZ		
NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:	1.094.890.383		
SUPERVISOR (NOMBRE COMPLETO Y CARGO):	CRISTIAN ALBERTO OROZCO CASTILLO – ASESOR JURÍDICO		
VALOR DEL CONTRATO			
REGISTRO PRESUPUESTAL NO.:	767	**FECHA DEL RP:**	10/07/2026
FORMA DE PAGO:	CUATRO (04) PAGOS MENSUALES VENCIDOS POR VALOR DE TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 3.500.000)		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	CATORCE MILLONES DE PESOS M/CTE		$ 14.000.000,00
VALOR DE LA ADICIÓN (SI APLICA):	N/A		$ 0,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	CATORCE MILLONES DE PESOS M/CTE		$ 14.000.000,00
VIGENCIA DEL CONTRATO			
FECHA DE INICIO:	10 DE JULIO DE 2026		
FECHA DE TERMINACIÓN:	9 DE NOVIEMBRE DE 2026		
PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL:	CUATRO (4) MESES		
PLAZO DE PRÓRROGA O ADICIÓN (SI APLICA):	N/A		
PLAZO DE EJECUCIÓN FINAL:	CUATRO (4) MESES		
CESIÓN			
FECHA EFECTIVA DE LA CESIÓN DEL CONTRATO (SI APLICA):	N/A		
PLAZO DE EJECUCIÓN CEDIDO (SI APLICA):	N/A		
VALOR DE LA CESIÓN (SI APLICA):	N/A		

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		**ANEXOS**	
Planilla No.:	**94558722**	Planilla de pago de Seguridad Social Integral	SI
Pago de pensión:	$ 280.500,00	Recibo de pago de Seguridad Social Integral	SI
Pago de salud:	$ 219.100,00	Evidencias de las actividades desarrolladas durante la ejecución del contrato	SI
Pago de ARL:	$ 42.800,00	Informe de ejecución contractual	SI
		Cuenta de cobro o Factura	SI
		Formato de retención en la fuente	SI
VALOR TOTAL DEL APORTE:	$ 542.400,00	Para la primera cuenta: Certificado bancario, RUT actualizado, certificado de afiliación de salud, pensión y ARL.	N/A
		Para la última cuenta: Formato Pago de seguridad social (solo para la última cuenta de cobro si no ha realizado el pago del periodo reportado) y CD con las evidencias de cada uno de los informes presentados.	N/A
		Otros:	N/A

CONTROL DE PAGOS

NO. DE PAGO	PERIODO INFORMADO, NUMERO Y FECHA DE LA CUENTA DE COBRO O FACTURA	VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO	SALDO POR EJECUTAR
1	10 DE JULIO AL 9 DE AGOSTO DEL 2026, CUENTA DE COBRO No. 001 DEL 12 DE AGOSTO DE 2026	$ 3.500.000	$ 10.500.000
2	10 DE AGOSTO AL 9 DE SEPTIEMBRE DEL 2026, CUENTA DE COBRO No. 002 DEL 10 DE SEPTIEMBRE DE 2026	$ 3.500.000	$ 7.000.000

En calidad de supervisor, atendiendo a las obligaciones legales, certifico que el contratista ha cumplido a satisfacción de forma PARCIAL _X_ TOTAL __ sus obligaciones contempladas en el contrato según el anexo, Informe de ejecución contractual del periodo **10/08/2026 AL 09/09/2026** y se emite el presente visto bueno. Por lo tanto autorizo el pago por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS($ 3.500.000) M/CTE, por los servicios y/o bienes entregados que corresponde al pago: ANTICIPO __ PRIMERO __ SEGUNDO _X_ TERCERO __ CUARTO __ QUINTO __ SEXTO __ OTRO __ ¿CUAL?: _____

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada a los 10 dias de septiembre del 2026.

Vo.Bo SUPERVISOR	**CONTRATISTA**

VERIFICACIÓN CARGUE INFORME DE ACTIVIDADES Y ANEXOS EN SECOP II	**FECHA**	**FIRMA**	**CARGO**
			Control Interno

Elaboró: Jessica Alexandra Zuluaga García – Técnico Administrativo Planeación
Revisó y Aprobó: César Augusto Suárez Guerrero - Subdirector Administrativo y Financiero