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.:	CPSAG - 081 DE 2026		
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL PROCESO DE CONTABILIDAD DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE TRANSITO DEL QUINDIO		
CONTRATISTA:	NICOLAS CASTRO CIFUENTES		
NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:	1.094.975.362		
SUPERVISOR (NOMBRE COMPLETO Y CARGO):	Johan Hernan Ossa Torres – Profesional universitario adscrito a la subdirección administrativa y financiera – proceso de contabilidad del instituto departamental de tránsito del Quindío (IDTQ)		
VALOR DEL CONTRATO			
REGISTRO PRESUPUESTAL NO.:	828	**FECHA DEL RP:**	15/07/2026
FORMA DE PAGO:	CUATRO (04) PAGOS MENSUALES VENCIDOS POR VALOR DE DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 2.500.000).		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE		$ 10.000.000
VALOR DE LA ADICIÓN (SI APLICA):	N/A		$ 0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE		$ 10.000.000
VIGENCIA DEL CONTRATO			
FECHA DE INICIO:	15 DE JULIO DE 2026		
FECHA DE TERMINACIÓN:	14 DE NOVIEMBRE DE 2026		
PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL:	CUATRO (04) MESES		
PLAZO DE PRORROGA O ADICIÓN (SI APLICA):	N/A		
PLAZO DE EJECUCIÓN FINAL:	CUATRO (04) 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.:	**6028063210**	Planilla de pago de Seguridad Social Integral	SI
Pago de pensión:	$ 280.200	Recibo de pago de Seguridad Social Integral	SI
Pago de salud:	$ 218.900	Evidencias de las actividades desarrolladas durante la ejecución del contrato	SI
Pago de ARL:	$ 9.200	Informe de ejecución contractual	SI
VALOR TOTAL DEL APORTE:	$ 508.300	Cuenta de cobro o Factura	SI
		Formato de retención en la fuente	SI
		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	DEL 15 DE JULIO AL 14 DE AGOSTO DE 2026, CUENTA DE COBRO 01 DEL 24 DE AGOSTO DE 2026	$ 2.500.000	$ 7.500.000
2	DEL 15 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2026, CUENTA DE COBRO 02 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2026	$ 2.500.000	$ 5.000.000

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 15/08/2026 AL 14/09/2026 y se emite el presente visto bueno. Por lo tanto autorizo el pago por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($2.500.000) M/CTE, por los servicios y/o bienes entregados que corresponde al pago: ANTICIPO __ PRIMERO __ SEGUNDO _X_ TERCERO __ CUARTO __ QUINTO __ SEXTO __ OTRO __ ¿CUAL?:

Así mismo, certifico de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el artículo 1 de la Ley 828 de 2003 y el artículo 1 del Decreto 1273 de 2018, que el contratista presentó el respectivo pago al sistema de Seguridad Social Integral, el cual hace parte integral de esta acta.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada a los 28 dias de SEPTIEMBRE de 2026

	Nicolas
Vo.Bo SUPERVISOR	**CONTRATISTA**

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