## CUENTA DE COBRO No. 03

Tránsito del Atlántico

Rad No 2024-4210-010862-2
Fecha 29/05/2024 3:00:02 p. m. Us Rad. BDADUL
Destino: GESTION FINANCIERA
Remitente: CIU
Asunto: Cuenta de Cobro n° 03
Empresa: Transito del Atlantico

**El INSTITUTO DE TRÁNSITO DEL ATLÁNTICO**

Nit. 800.115.102-1

Calle 40 #45-06 - Teléfono: 3713000

**DEBE A**

| | |
|---|---|
| **Contratista** | Julio cesar de la hoz Bolaño |
| **No. de contrato** | CD 048-2024 |
| **Identificación** | C.C. No. 8.498.913 |
| **Email** | jdelahoz-ita@transitodelatlantico.gov.co |
| **Dirección** | Calle 86 # 71-96 |
| **Teléfono** | 3007472553 |

**LA SUMA DE**

| | |
|---|---|
| **Valor** | TRES MILLONES TRECIENTOS MIL PESOS. ($ 3.300.000) |

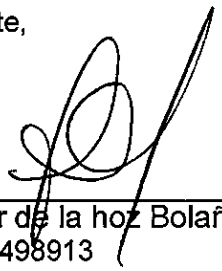
**POR CONCEPTO DE**

| | |
|---|---|
| **Concepto (Objeto Contractual)** | Prestación de servicios profesionales mediante asesoría y acompañamiento jurídico a la subdirección de seguridad vial. |
| **Periodo de cuenta de cobro** | DEL 16 DE ABRIL AL 15 DE MAYO DEL 2024 |
| **Actividades desarrolladas** | ➢ Elabore y proyecte estudios previos y análisis del sector en el proceso de contratación alquiler de vehículos para el traslado de los funcionarios en misión de sus funciones.<br>➢ Elabore y proyecte estudios previos y análisis del sector en el proceso de contratación mantenimiento de vehículos que se hacen parte del parque automotor del Instituto.<br>➢ Asistí al comité de misión médica, donde se discutieron tema como el uso indebido del emblema de misión médica.<br>➢ Elabore y proyecte convenio con el municipio de Ponedera. |

**FAVOR CONSIGNAR EN**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Cuenta no.** | 55430363611 | | | |
| **Titular de la cuenta** | Julio cesar de la hoz Bolaño | | | |
| **Entidad Bancaria** | Bancolombia | | | |
| **Tipo de cuenta** | **Ahorros** | **X** | **Corriente** | |

Atentamente,



Julio cesar de la hoz Bolaño
C.C. No. 8.498913

| Tránsito del Atlántico | FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO | Código: GRI-F26 |
|---|---|---|
| | | Versión: 01 |
| | | Fecha de aprobacion: 13/03/22024 |

## 1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Informe No:** | 3 | **Contrato No:** | 048-2024 |
| **Nombre del Supervisor:** | William Noguera Rojas | **Cargo:** | Subdirector de Seguridad Vial |
| **Periodo de Informe:** | 16 abril al 15 De mayo 2024 | | |

## 2. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | Julio cesar de la hoz Bolaño | | |
| **N° de Identificación del Contratista:** | 8.498.913 | | |
| **Tipo de Contrato:** | Prestación de Servicios | **Fecha de Suscripción del Contrato:** | 22 de febrero del 2024 |
| **Objeto del Contrato:** | Prestación de servicios profesionales mediante asesoría y acompañamiento jurídico a la subdirección de seguridad vial | | |
| **Valor del Contrato ($):** | $ 23.100.000 | **Plazo:** | 7 meses |
| **N° CDP:** | 2024.TRA.01.000.135 | **Fecha CDP:** | 15 de Febrero del 2024 |
| **N° RP:** | 2024.TRA.01.000.195 | **Fecha RP:** | 22 de febrero de 2024 |
| **N° CDP ADICION:** | | **Fecha CDP adición:** | |
| **N° RP ADICION:** | | **Fecha RP adición:** | |
| **Fecha de Inicio:** (día/mes/año) | 22 de febrero de 2024 | **Fecha de Terminación:** (día/mes/año) | 15 de Septiembre de 2024 |
| **Fecha de Suspensión:** (día/mes/año) | - | **Fecha de Reinicio:** (día/mes/año) | - |

## 3. MODIFICACIONES AL CONTRATO

| Tipo | Valor | Tiempo | Fecha |
|---|---|---|---|
| Adiciones | | - | |
| Prórroga | - | - | - |
| Otros | - | - | - |
| **Valor Final del Contrato** | $ 23.100.000 | - | |

## 4. PAGO IMPUESTOS DISTRITALES, DEPARTAMENTALES, NACIONALES

| Tipo de Impuesto | SI | N/A | Valor | | Fecha y No. de Pago |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Valor Base | Valor Pagado | |
| Autorización para el Descuento de Estampillas | x | | | | |
| Estampilla pro desarrollo | | X | | 0 | |
| Estampilla pro Ciudadela Universitaria | | X | | 0 | |
| Estampilla pro Bienestar Adulto Mayor | | X | | 0 | |
| Estampilla Pro-Cultura (Mayor a 10 SMLV) | | X | | 0 | |
| Estampilla Pro-Electrificaciòn Rural | | X | | 0 | |
| Estampilla Pro-Hospital 1 y 2 Nivel | | X | | 0 | |
| Estampilla pro Hospital Univ. Cari ESE | | X | | 0 | |
| Estampilla ITSA | | | $ | 69.000 | REC 1613345646 Fecha 13/03/2024 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Bono de Coldeportes | | X | | | |
| Timbre | | X | | | |
| Otros (Especifique Cuales) | | X | - | - | - |

**5. ACREDITACION PAGO APORTES**

| | |
|---|---|
| **No. De Planilla** | 4548247008 |
| **Base 40%** | $ 1.320.000 |

| 5.1 PERSONA NATURAL | % | IBC | MES COTIZADO |
|---|---|---|---|
| Salud | 12,50% | $ 165.000 | Abril |
| Pensión | 16,00% | $ 211.200 | Abril |
| FSP (Mayor a 4 SMLV) Fondo de Solidaridad | - | - | |
| Fs (Mayor a 4 SMLV) Fondo de Subsistencia | - | - | |
| ARL ( Tener en cuenta el Tipo de Riesgo) | 0,522% | $ 6.900 | Abril |

**5.2 PERSONA JURÍDICA**

| CERTIFICACIÓN | SI | N/A | FECHA (día/mes/año): |
|---|---|---|---|
| Aportes Parafiscales y Seguridad Social Representante Legal/Revisor Fiscal. | | X | |

**6. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):**

| Amparos | Aseguradora | No de Póliza | Vigencia | Valor Asegurado |
|---|---|---|---|---|
| Calidad del servicio | - | - | - | - |
| Cumplimiento del Contrato | - | - | - | - |
| Anticipo | - | - | - | - |
| Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados | - | - | - | - |
| Pago de salarios y prestaciones sociales e indemnizaciones | - | - | - | - |
| Responsabilidad Civil Extracontractual | - | - | - | - |
| Otros (Especifique cuales) | - | - | - | - |

**7. ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

- Elabore y proyecte estudios previos y análisis del sector en el proceso de contratación alquiler de vehículos para el traslado de los funcionarios en misión de sus funciones.
- Elabore y proyecte estudios previos y análisis del sector en el proceso de contratación mantenimiento de vehículos que se hacen parte del parque automotor del Instituto.
- Asistí al comité de misión médica, donde se discutieron tema como el uso indebido del emblema de misión médica.
- Elabore y proyecte convenio con el municipio de Ponedera.

**8. PAGO APROBADO**

| | | |
|---|---|---|
| Pago anticipo | Valor: | $ - |
| Pago anticipado | Valor: | $ - |
| Pago parcial o mensual | Valor: | $ 3.300.000 |
| Pago Total | Valor: | $ 3.300.000 |

**8.1. SEGUIMIENTO Y CONTROL PRESUPUESTAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| No. de Pago | Fecha de Pago | No. de Orden de Pago | Valor de Pago | Valor Saldo por Pagar |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 15/03/2024 | 2024.TRA.01.000240 | $ 3.300.000 | $ 19.800.000 |
| 2 | 17/04/2024 | 2024.TRA.01.000391 | $ 3.300.000 | $ 16.500.000 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

| No. | Nombre de Documento | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Cuenta de Cobro y/o Factura | X | |
| 2 | Copia de Contrato (Solo primera cuenta) | | |

| Tránsito del Atlántico / Corporación de Atlántico | FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO | Código: GRI-F26 |
|---|---|---|
| | | Versión: 01 |
| | | Fecha de aprobacion: 13/03/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | Registro Presupuestal (Solo primera cuenta) | | |
| 4 | Pago Estampilla Gobernación o Carta de Autorizacion para el Descuento de las Estampillas (Solo primera cuenta) | | |
| 5 | Pago Estampilla Alcaldía Distrital ( Solo primera cuenta) | | |
| 6 | Afiliación ARL (Solo primera cuenta) | | |
| 7 | Certificación Bancaria (Solo Primera cuenta) | | |
| 8 | Pago de Seguridad Social o Parafiscales | X | |

**10. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO**

Con el presente documento certifico: a) que el contratista ha cumplido con el objeto contratactual durante el periodo facturado; b) que los datos suministrados en este documento los he verificado de acuerdo a los archivos que reposan en la entidad y a los documentos suministrados por el contratista; c) que el contratista aportó los soportes de pago de los impuestos, los cuales fueron liquidados por la autoridad correspondiente y los soportes de pago de la seguridad social.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FIRMA DEL SUPERVISOR** | | **FIRMA DEL CONTRATISTA** | |
| **Identificación:** | 72.181.457 | **Identificación:** | 8.498.913 |
| **Teléfono:** | 3002858734 | **Teléfono:** | 3007472553 |
| **Dirección:** | Calle 40 No. 45-06 | **Dirección** | Calle 86 # 71-96 |
| **Fecha de Supervisión:** | 29 de mayo de 2024 | | |

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 6498913 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JULIO CESAR DE LA HOZ BOLANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANQUILLA | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | CALLE 3 4 89 PALMAR | TELÉFONO: | 6791739 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4548247008 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD. | MES | abril AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 23 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/05/29 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9296807381 |

**TOTAL APORTES A PENSION**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 211.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 4.000 | $ 0 | $ 211.200 | $ 4.000 | $ 215.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 211.200 | $ 4.000 | $ 215.200 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 165.000 | $ 0 | $ 3.100 | $ 0 | $ 165.000 | $ 3.100 | $ 0 | $ 168.100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 165.000 | $ 3.100 | $ 0 | $ 168.100 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 6.900 | $ 6.900 | $ 200 | $ 0 | $ 7.100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 6.900 | $ 200 | $ 0 | $ 7.100 |

Planilla Pagada

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 6498913 | DE LA HOZ BOLAÑO JULIO CESAR | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.320.000 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.320.000 | $ 211.200 | $ 0 | [illegible] | [illegible] | $ 0 | Normal | $ 211.200 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

| SALUD ADMIN | SALUD DÍAS COT | SALUD IBC | SALUD COTIZACIÓN | SALUD VALOR ADRES | SALUD TOTAL APORTE | ARP ADMIN | ARP DÍAS COT | ARP IBC | ARP CENTRO DE TRABAJO | ARP TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.320.000 | $ 165.000 | $ 0 | $ 165.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.320.000 | 6498913 | $ 6.900 |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL $ 390.400**

Planilla Pagada