CUENTA DE COBRO No. 02

Tránsito del Atlántico

Rad No 2024-4210-007690-2
Fecha 17/04/2024 9:55:54 a. m. Us Rad. BDADUL
Destino: GESTION FINANCIERA
Remitente: CIU
Asunto: Cuenta de Cobro n° 02
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. 79.801.453
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 MARZO AL 15 DE ABRIL DEL 2024
Actividades desarrolladas	➢ Elabore y proyecte estudios previos y análisis del sector en el proceso de contratación de la adquisición de placas e impresiones de láminas en licencias de tránsito y licencias de conducción. ➢ Estuve en la mesa de negociación ´para la conciliación en el proceso de los convenios firmados entre la policía nacional y el instituto de Transito del Atlántico ➢ Elabore y proyecte resolución de habilitación de parqueadero la (Y) de los chinos. ➢ Elabore y proyecte convenio con el municipio de Palmar de Varela. ➢ Elabore y proyecte convenio con el municipio de Santo Tomas. ➢ Elabore y proyecte convenio con el municipio de Tubara

	➢ Elabore y proyecte convenio con el municipio de Polonuevo ➢ Elabore y proyecte convenio con el municipio de Baranoa ➢ Elabore y proyecte convenio con el municipio de Santa Lucia.

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:	2	**Contrato No:**	048-2024
Nombre del Supervisor:	William Noguera Rojas	**Cargo:**	Subdirector de Seguridad Vial
Periodo de Informe:	16 Marzo al 15 De Abril 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	4548156835
Base 40%	$ 1320000

5.1 PERSONA NATURAL	**%**	**IBC**	**MES COTIZADO**
Salud	12,50%	$ 165.000	Marzo
Pensión	16,00%	$ 211.200	Marzo
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	Marzo

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 de la adquisición de placas e impresiones de láminas en licencias de tránsito y licencias de conducción.
- Estuve en la mesa de negociación ´para la conciliación en el proceso de los convenios firmados entre la policía nacional y el instituto de Transito del Atlántico
- Elabore y proyecte resolución de habilitación de parqueadero la (Y) de los chinos.
- Elabore y proyecte convenio con el municipio de Palmar de Varela.
- Elabore y proyecte convenio con el municipio de Santo Tomas.
- Elabore y proyecte convenio con el municipio de Tubara
- Elabore y proyecte convenio con el municipio de Polonuevo
- Elabore y proyecte convenio con el municipio de Baranoa
- Elabore y proyecte convenio con el municipio de Santa Lucia.

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 003240		

2				
3				
4				
5				
6				

9. DOCUMENTOS ANEXOS REQUERIDOS

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

3	Registro Presupuestal (Solo primera cuenta)	X	
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:	17 de abril de 2024		

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DEL INSTITUTO DE TRÁNSITO DEL ATLÁNTICO. ESTÁ PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN POR CUALQUIER MEDIO SIN AUTORIZACIÓN ESCRITA DE QUIENTE. ...PEL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	8498913
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			JULIO CESAR DE LA HOZ BOLANO
CIUDAD-MUNICIPIO	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO	ATLANTICO
DIRECCIÓN	CALLE 3 4 89 PALMAR	TELÉFONO	8791739
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	4548156835	TIPO DE PLANILLA	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES marzo AÑO 2024
DÍAS DE MORA	14		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/04/17	NÚMERO AUTORIZACION	9998379875

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 211.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 211.200	$ 2.600	$ 213.800
SUBTOTALES:										$ 211.200	$ 2.600	$ 213.800

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	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	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 165.000	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 165.000	$ 2.000	$ 0	$ 167.000
SUBTOTALES:													$ 165.000	$ 2.000	$ 0	$ 167.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	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	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.900	$ 6.900	$ 100	$ 0	$ 7.000
SUBTOTALES:									$ 6.900	$ 100	$ 0	$ 7.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 8498913	DE LA HOZ BOLANO JULIO CESAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.320.000			NO								01-30								

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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	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	8498913	$ 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 $ 387.800