CUENTA DE COBRO No. 05

Tránsito del Atlántico

Rad No 2024-4210-013817-2
Fecha 17/07/2024 10:49:33 a. m. Us Rad. BDADUL
Destino: GESTION FINANCIERA
Remitente: CIU
Asunto: Cuenta de Cobro n° 05
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 JUNIO AL 15 DE JULIO DEL 2024
Actividades desarrolladas	➢ Elabore y proyecte convenio ruta costera – Instituto de Transito del Atlántico, Para efectos de este convenio se implementará una ciclovía mediante el uso temporal de carriles exclusivos para deportistas usuarios de la infraestructura vial existente a cargo de RUTA COSTERA, la cual se encontrará señalizada y separada del tráfico vehicular, en todo caso cumpliendo con las exigencias del contrato APP 004 de 2014. ➢ Asesore en temas de normas de tránsito al Subdirector de Seguridad Vial, en cuanto a la normatividad del Comité Territorial de Seguridad Vial ➢ Asistí como asesor en la mesa de trabajo entre la secretaria de salud Departamental y el ITA, con el fin de adoptar la Resolución 4481 de 2012, por el cual se adopta el Manual de Misión Medica.

	➢ Proyecte respuesta a Derechos de Petición instaurados en contra del Instituto. ➢ Proyecte respuesta a solicitudes de los Alcaldes Municipales en cuanto acompañamiento de nuestros agentes de tránsitos para los eventos que desarrollan en su jurisdicción

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

1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO			
Informe No:	5	**Contrato No:**	048-2024
Nombre del Supervisor:	William Noguera Rojas	**Cargo:**	Subdirector de Seguridad Vial
Periodo de Informe:	16 junio al 15 de julio 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	4557045485
Base 40%	$ 1.320.000

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

5.2 PERSONA JURIDICA

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 convenio ruta costera – Instituto de Transito del Atlántico, Para efectos de este convenio se implementará una ciclovía mediante el uso temporal de carriles exclusivos para deportistas usuarios de la infraestructura vial existente a cargo de RUTA COSTERA, la cual se encontrará señalizada y separada del tráfico vehicular, en todo caso cumpliendo con las exigencias del contrato APP 004 de 2014.
- Asesore en temas de normas de tránsito al Subdirector de Seguridad Vial, en cuanto a la normatividad del Comité Territorial de Seguridad Vial
- Asistí como asesor en la mesa de trabajo entre la secretaria de salud Departamental y el ITA, con el fin de adoptar la Resolución 4481 de 2012, por el cual se adopta el Manual de Misión Medica.
- Proyecte respuesta a Derechos de Petición instaurados en contra del Instituto.
- Proyecte respuesta a solicitudes de los Alcaldes Municipales en cuanto acompañamiento de nuestros agentes de tránsitos para los eventos que desarrollan en su jurisdicción
-

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 EJECUCION 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	29/05/2024	2024.TRA.01.000614	$ 3.300.000	$13.200.000
4	19/06/2024	2024.TRA.01.000763	$ 3.300.000	$9.900.000
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)		

Tránsito del Atlántico / Gobernación del 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:	17 de julio de 2024		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	8498913
NOMBRE Ó 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:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4557045485	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO	2024
DÍAS DE MORA			13				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/07/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9999377713

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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	$ 2.100	$ 0	$ 211.200	$ 2.100	$ 213.300
SUBTOTALES:										$ 211.200	$ 2.100	$ 213.300

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	$ 1.700	$ 0	$ 165.000	$ 1.700	$ 0	$ 166.700
SUBTOTALES:													$ 165.000	$ 1.700	$ 0	$ 166.700

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	$ 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 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 8498913	DE LA HOZ BOLANO JULIO CESAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.320.000			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 1.320.000	$ 211.200	$ 0	[illegible]	[illegible]	$ 0	Normal	$ 211.200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	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
1	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

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 387.000

Planilla Pagada