CUENTA DE COBRO No. 09

20244210042675 2 10-12-2024

El INSTITUTO DE TRÁNSITO DEL ATLÁNTICO
Nit. 800.115.102-1
Calle 40 #45-06 - Teléfono: 3713000

DEBE A

Contratista	Daniela Jaraba Escorcia
No. de contrato	072-2024
Identificación	1140902097
Email	Danielajaraba0@gmail.com
Dirección	Calle 110#49e-86
Teléfono	3008834542

LA SUMA DE

Valor	Dos Millones ochocientos mil pesos (2.800.000.00) M/L.

POR CONCEPTO DE

Concepto (Objeto Contractual)	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA EN EL CONTROL CONTINUO DEL CORREO ELECTRÓNICODE JURÍDICA, RADICACIÓN Y ENVÍO DE PETICIONES A LOS USUARIOS."
Periodo de cuenta de cobro	Del 1 de noviembre al 30 de noviembre de 2024
Actividades desarrolladas	*1. Apoyar en el envio de peticiones por correo electronico que le sean asignados.* Realicé el envio de las siguientes peticiones a los usuarios desde el correo electrico Servicio al ciudadano para un total 428 *2. Apoyar en la elaboración de informes requeridos por el supervisordel contrato tales como el informe de gestión, y demás requeridos por el área de juridica* *3. Cumplir con las demás actividades encomendadas por el supervisor del contrato dentro de la oportunidad establecida para ello.* Apoye en la proyección de registros atraves del radicador orfeo para un total 428 *4. apoyar y hacer el envio de peticiones fisicas a usuarios*

	5. se adjunto constancia de envío y se les dio tramite en orfeo para un total 428 6. Apoye al envío de tutelas del area de juridica.

FAVOR CONSIGNAR EN

Cuenta no.	48383093760				
Titular de la cuenta	Daniela Jaraba Escorcia				
Entidad Bancaria	Bancolombia				
Tipo de cuenta	**Ahorros**	**X**	**Corriente**		

Atentamente,

Daniela Jaraba Escorcia
CC:1:140:902:097
TP. 021.239

TRÁNSITO DEL ATLÁNTICO	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO	Código: GRI-F26
		Versión: 02
		Actualización:11/06/2024

1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO

Informe No:	9	**Contrato No:**	072_2024
Nombre del Supervisor:	MARIA DEL SOCORRO CHIMAS ACEVEDO	**Cargo:**	Jefe oficina asesora Juridica
Periodo de Informe:	DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024		

2. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Nombre del Contratista:	Daniela Jaraba Escorcia		
N° de Identificación del Contratista:	1.140.902.097		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SEVICIOS DE APOYO A LA GESTION	**Fecha de Suscripción del Contrato:**	A partir de la suscripción hasta el 15 de diciembre 2024
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SEVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA OFICINA DE ASESORIA JURIDICA EN EL CONTROL CONTINUO DEL CORREO ELECTRONICO DE JURIDICA RADICACION Y ENVIO DE PETICIONES A LOS USUARIOS.		
Valor del Contrato ($):	19.600.000	**Plazo:**	A partir de la suscripción hasta el 15 de diciembre 2024
N° CDP:	2024.TRA.01.000158	**Fecha CDP:**	26/2/24
N° RP:	2024.TRA.01.000267	**Fecha RP:**	3/08/2024
N° CDP ADICION:	2024.TRA.01.000335	**Fecha CDP adición:**	19/09/24
N° RP ADICION:	**2024.TRA.01.000931**	**Fecha RP adición:**	30/09/24
Fecha de Inicio: (día/mes/año)	3/08/2024	**Fecha de Terminación:** (día/mes/año)	15/12/24
Fecha de Suspensión: (día/mes/año)		**Fecha de Reinicio:** (día/mes/año)	-

3. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Tipo	Valor	Tiempo	Fecha
Adiciones	7.000.000	2 meses y medio	25/09/24
Prórroga	-	-	-
Otros	-	-	-
Valor Final del Contrato	**26.600.000**	-	

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	X		19.600.000	62.000	20/05/2024 - 20240033151
Estampilla ITSA	X		7.000.000	21.000	06/11/24 - 20240080850
Bono de Coldeportes		X			
Timbre		X			
Otros (Especifique Cuales)		X	-	-	-

5. ACREDITACION PAGO APORTES

No. De Planilla	1068690374			
Base 40%	1.300.000			
5.1 PERSONA NATURAL	**%**	**IBC**		**MES COTIZADO**

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DEL INSTITUTO DE TRÁNSITO DEL ATLÁNTICO. ESTA PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO SIN AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL GERENTE GENERAL

Salud	12,50%	$162.500	OCTUBRE
Pensión	16,00%	$208.000	OCTUBRE
FSP (Mayor a 4 SMLV) Fondo de Solidaridad	-	-	-
Fs (Mayor a 4 SMLV) Fondo de Subsistencia	-	-	-
ARL (Tener en cuenta el Tipo de Riesgo)	0,520%	$6.760	OCTUBRE

5.2 PERSONA JURÍDICA

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

6. GARANTÍAS 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

1. Apoyar en el envio de peticiones por correo electronico que le sean asignados.
Realicé el envio de las siguientes peticiones a los usuarios desde el correo electrico Servicio al ciudadano para un total 428

2. Apoyar en la elaboración de informes requeridos por el supervisordel contrato tales como el informe de gestión, y demás requeridos por el área de juridica periodo de ejecucion

3. Cumplir con las demás actividades encomendadas por el supervisor del contrato dentro de la oportunidad establecida para ello.
Apoye en la proyección de registros atraves del radicador orfeo para un total de 428

4. apoyar y hacer el envio de peticiones fisicas a usuarios
5. se hizo el envio de peticiones para cuarto chulo y se les dio tramite en orfeo para un total de 428
6. Apoye al envío de tutelas del area de jurídica.

8. PAGO APROBADO

Pago anticipo	Valor:	$	-
Pago anticipado	Valor:	$	-
Pago parcial o mensual	Valor:	2.800.000	
Pago Total	Valor:	2.800.000	

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	7/12/2024	2024.TRA.01.000895	2.800.000	19.600.000	
2	7/12/2024	2024.TRA.01.000896	2.800.000	16.800.000	
3	7/12/2024	2024.TRA.01.000897	2.800.000	14.000.000	
4	7/12/2024	2024.TRA.01.000898	2.800.000	11.200.000	
5	11/08/2024	**2024.TRA.01.000267**	2.800.000	8.400.000	
6	11/08/2024	**2024.TRA.01.000267**	2.800.000	5.600.000	
7	11/08/2024	**2024.TRA.01.000267**	2.800.000	2.800.000	
8	11/08/2024	**2024.TRA.01.000931**	2.800.000	7.000.000	

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)	X	
3	Registro Presupuestal (Solo primera cuenta)	X	
4	Pago Estampilla Gobernación o Carta de Autorizacion para el Descuento de las Estampillas (Solo primera cuenta)	X	
5	Pago Estampilla Alcaldía Distrital (Solo primera cuenta)	X	
6	Afiliación ARL (Solo primera cuenta)	X	

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DEL INSTITUTO DE TRÁNSITO DEL ATLÁNTICO. ESTA PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO SIN AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL GERENTE GENERAL

TRÁNSITO DEL ATLÁNTICO	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO	Código: GRI-F26
		Versión: 02
		Actualización:11/06/2024

7	Certificación Bancaria (Solo Primera cuenta)	X	
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:		**Identificación:**	1.140.902.097
Teléfono:		**Teléfono:**	3008834542
Dirección:		**Dirección:**	VILLA SANTOS
Fecha de Supervisión:	4 DE DICIEMBRE 2024		

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DEL INSTITUTO DE TRÁNSITO DEL ATLANTICO. ESTA PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO SIN AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL GERENTE GENERAL

Simple

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 08:17:58 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1068690374

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024

PAGADO 09/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DANIELA DEL CARMEN JARABA ESCORCIA		
Documento	CC1140902097	**Dirección**	CR 42C #98 - 15
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3008834542
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Días AFP	Días PEN	Días SAL	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	MEN	Total
CC 1140902097	DANIELA DEL CARMEN JARABA ESCORCIA	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 162.500	0.522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes MEN Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 3.500	$ 360.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618650 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Tránsito del Atlántico

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

CERTIFICO:

Que el(a) señor(a) **Daniela Jaraba Escorcia** identificada con cédula de ciudadanía **1.140.902.097,** se encuentra al día en respuesta oportuna y a tiempo, en seguimiento a peticiones, quejas, reclamos y demás, recibidas por nuestros usuarios en el **Sistema de Gestión Documental ORFEO**, en el periodo comprendido entre el 1 de noviembre a 30 de noviembre de 2024.

Se expide el presente certificado en la ciudad de Barranquilla, a los (9) días del mes de diciembre de 2024.

Atentamente,

MARIA DEL SOCORRO CHIMAS ACEVEDO
Jefe de Oficina Jurídica