


CUENTA DE COBRO No. 05**Tránsito
del Atlántico**


Rad No 2025-4210-061480-2
 Fecha 3/06/2025 2:02:19 p. m. Us.Rad. FRUIZ
 Destino: GESTION FINANCIERA
 Remitente: CIU
 Empresa: Tránsito del Atlántico

EI INSTITUTO DE TRÁNSITO DEL ATLANTICO

Nit. 800.115.102-1

Calle 40 #45-06 - Teléfono: 3713000

DEBE A

| | |
|------------------------|---|
| Contratista | JUAN CARLOS HENRIQUEZ RODRIGUEZ |
| No. de contrato | CD 048 2025 |
| Identificación | 72.266.810 |
| Email | juanch@outlook.es |
| Dirección | Barrio Portales de los Manantiales Manzana 7 Apt 1032 |
| Teléfono | 314 5012207 |

LA SUMA DE

| | |
|--------------|---|
| Valor | TRES MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L (\$ 3.100.000) |
|--------------|---|

POR CONCEPTO DE

| | |
|--------------------------------------|---|
| Concepto (Objeto Contractual) | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA ENTIDAD MEDIANTE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE ARCHIVO Y ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTOS CON EL FIN DE FORTALECER LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A LOS USUARIOS. |
| Periodo de cuenta de cobro | DEL 1 DE MAYO AL 31 MAYO DEL 2025 |
| Actividades desarrolladas | 1) APOYO EN LA ORGANIZACIÓN DE (300) CARPETAS, FOLIACIÓN Y LEGAJACION, ROTULACION DE EXPEDIENTES. 2) APOYO EN LA DIGITACIÓN O REGISTRO DE APROXIMADAMENTE (1.249) ROTULOS DE EXPEDIENTES PERTENECIENTES A LOS ARCHIVOS DE GESTIÓN DE LAS OFICINAS JURIDICA Y FINANCIERA. |


FAVOR CONSIGNAR EN

| | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|---|-----------|
| Cuenta no. | 24110714372 | | |
| Titular de la cuenta | JUAN CARLOS HENRIQUEZ RODRIGUEZ | | |
| Entidad Bancaria | Banco Caja Social | | |
| Tipo de cuenta | Ahorros | X | Corriente |

Atentamente,



JUAN CARLOS HENRIQUEZ RODRIGUEZ
 CC. 72.266.810

| | | | | | |
|---|---|------------------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|
|  TRÁNSITO DEL ATLÁNTICO | FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO | | | Código: GCT-F11 | |
| | | | | Versión: 03 | |
| | | | | Actualización: 26/05/2025 | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO | | | | | |
| Informe No: | 5 | Contrato No: | 048 2025 | | |
| Nombre del Supervisor: | ELIANA ANDREA PEREIRA PARRA | Cargo: | TECNICO OPERATIVO | | |
| Periodo de Informe: | DEL 1 DE MAYO AL 31 MAYO DEL 2025 | | | | |
| 2. INFORMACIÓN CONTRACTUAL | | | | | |
| Nombre del Contratista: | JUAN CARLOS HENRÍQUEZ RODRÍGUEZ | | | | |
| N° de Identificación del Contratista: | 72.266.810 | | | | |
| Tipo de Contrato: | PRESTACION DE SERVICIOS | Fecha de Suscripción del Contrato: | 18/01/2025 | | |
| Objeto del Contrato: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA ENTIDAD MEDIANTE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE ARCHIVO Y ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTOS CON EL FIN DE FORTALECER LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A LOS USUARIOS. | | | | |
| Valor del Contrato (\$): | \$ 18,600.000 | Plazo: | 15/07/2025 | | |
| N° CDP: | 2025.TRA.01.000064 | Fecha CDP: | 3/1/2025 | | |
| N° RP: | 2025.TRA.01.000089 | Fecha RP: | 18/01/2025 | | |
| N° CDP ADICION: | | Fecha CDP adición: | | | |
| N° RP ADICION: | | Fecha RP adición: | | | |
| Fecha de Inicio (día/mes/año) | 18/01/2025 | Fecha de Terminación (día/mes/año) | 15/07/2025 | | |
| 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 | | \$ 18.600.000 | | | |
| 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 | | | |
| Estampilla pro Ciudadela Universitaria | | X | | | |
| Estampilla pro Bienestar Adulto Mayor | | X | | | |
| Estampilla Pro-Cultura (Mayor a 10 SMLV) | | X | | | |
| Estampilla Pro-Electrificación Rural | | X | | | |
| Estampilla Pro-Hospital 1 y 2 Nivel | | X | | | |
| Estampilla pro Hospital Univ. Cari ESE | | X | | | |
| Estampilla ITSA | X | | \$ 18,600.000 | \$ 56.000 | 20/01/2025- 20250001168 |
| Bono de Coldeportes | | X | | | |
| Timbre | | X | | | |
| Otros (Especifique Cuales) | | X | | | |
| 5. ACREDITACION PAGO APORTES | | | | | |
| No. De Planilla | 1071739322 | | | | |
| Base 40% | \$ 1.423.500 | | | | |
| 5.1 PERSONA NATURAL | | | | | |
| | % | | IBC | MES COTIZADO | |
| Salud | 12,50% | | \$ 178.000 | ABRIL 2025 | |
| Pensión | 16,00% | | \$ 227.800 | ABRIL 2025 | |
| 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% | | \$ 7.500 | ABRIL 2025 | |
| 5.2 PERSONA JURÍDICA | | | | | |
| CERTIFICACIÓN | | SI | N/A | FECHA (día/mes/año): | |
| Aportes Parafiscales y Seguridad Social Representante Legal/Revisor Fiscal. | | | X | | |



**TRÁNSITO
DEL ATLÁNTICO**

FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO

Código: GCT-F11

Versión: 03

Actualización: 26/05/2025

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

| Amparos | Aseguradora | No de Póliza | Vigencia | Valor |
|---|-------------|--------------|----------|-------|
| 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) APOYO EN LA ORGANIZACIÓN DE (300) CARPETAS, FOLIACION Y LEGAJACION ,ROTULACION DE EXPEDIENTES.
- 2) APOYO EN LA DIGITACIÓN O REGISTRO DE APROXIMADAMENTE (1.249) ROTULOS DE EXPEDIENTES PERTENECIENTES A LOS ARCHIVOS DE GESTIÓN DE LAS OFICINAS JURIDICA Y FINANCIERA .

8. PAGO APROBADO

| | | | |
|------------------------|--------|----|-----------|
| Pago anticipo | Valor: | \$ | - |
| Pago anticipado | Valor: | \$ | - |
| Pago parcial o mensual | Valor: | \$ | 3.100.000 |
| Pago Total | Valor: | \$ | 3.100.000 |

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 | FEBRERO 05 2025 | 2025.TRA.01.000081 | \$ 1.550.000 | \$ 17.050.000 |
| 2 | FEBRERO 27 2025 | 2025.TRA.01.000184 | \$ 3.100.000 | \$ 13.950.000 |
| 3 | ABRIL 02 2025 | 2025.TRA.01.000348 | \$ 3.100.000 | \$ 10.850.000 |
| 4 | MAYO 02 2025 | 2025.TRA.01.000527 | \$ 3.100.000 | \$ 7.750.000 |
| 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 (Sólo primera cuenta) | | X |
| 3 | Consolidado del SECOP II (Sólo primera cuenta) | | X |
| 4 | Registro Presupuestal (Sólo primera cuenta) | | X |
| 5 | Pago Estampilla Gobernación o Carta de Autorización para el Descuento de las Estampillas (Sólo primera cuenta) | | X |
| 6 | Pago Estampilla Alcaldía Distrital (Solo primera cuenta) | | X |
| 7 | Pago de Seguridad Social o Parafiscales | X | |
| 8 | Afiliación ARL (Sólo primera cuenta) | | X |
| 9 | Certificación Bancaria (Sólo primera cuenta) | | X |
| 10 | Certificado de ORFEO (SI aplica) | | X |
| 11 | Registro Único Tributario - RUT (Sólo primera cuenta) | | X |
| 12 | Aprobación de Garantías en Contrato Estatal - Póliza (SI aplica - Sólo primera cuenta) | | X |
| 13 | Informe de Actividades | | X |

10. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO

Con el presente documento certifico: a) que el contratista ha cumplido con el objeto contractual 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: | 1.001.818.986 | Identificación: | 72.266.810 |
| Teléfono: | 3106202205 | Teléfono: | 3145012207 |
| Dirección: | calle 40 # 45-06 | Dirección: | ANATIALES MANZANA 7 APT 1032 |
| Fecha de Supervisión: | 03 DE JUNIO DEL 2025 | | |

