

**CUENTA DE COBRO No. 2****Tránsito  
del Atlántico**

Rad No 2025-4210-064671-2  
 Fecha 1/07/2025 10:14:46 a. m. Us Rad. FRUIZ  
 Destino: GESTION FINANCIERA  
 Remitente: CIU GRACE YISETT ROSALES YABER  
 Empresa: Tránsito del Atlántico

Calle 40 #45-06 - Teléfono: 3713000

**DEBE A**

<b>Contratista</b>	Grace Yisett Rosales Yaber
<b>No. de contrato</b>	CD 114-2025
<b>Identificación</b>	C. C. No. 1129.486.107
<b>Email</b>	grashelljm@gmail.com
<b>Dirección</b>	Cra 61 #74-187
<b>Teléfono</b>	3009630393

**LA SUMA DE**

<b>Valor</b>	Tres Millones Quinientos mil PESOS. (\$ 3.500.000)
--------------	----------------------------------------------------

**POR CONCEPTO DE**

<b>Concepto (Objeto Contractual)</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA SUBDIRECCIÓN DE SEGURIDAD VIAL EN LA SEDE OPERATIVA DE BARANOA EN LA REALIZACIÓN DE TRÁMITES, ATENCIÓN AL PÚBLICO Y EN LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA CIA VIAL.
<b>Periodo de cuenta de cobro</b>	DEL 1 De junio al 30 de junio DE 2025
<b>Actividades desarrolladas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar trámites y gestiones administrativas en la sede operativa de Baranoa.</li> <li>2. Apoyar en la difusión de información relacionada con la CIA vial a través de canales de comunicación efectivos</li> <li>3. Colaborar en la planificación y ejecución de estrategias de comunicación para promover la Seguridad Vial y la conciencia ciudadana.</li> <li>4. Mantener actualizada la información y documentación relacionada con la CIA vial y la sede operativa de Baranoa.</li> <li>5. Establecer relaciones con la comunidad y otros actores relevantes para promover la seguridad vial y la colaboración.</li> <li>6. Desarrollar las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato</li> </ol>

FAVOR CONSIGNAR EN

Cuenta no.	0550026500123398		
Titular de la cuenta	Grace Yisett Rosales Yaber		
Entidad Bancaria	DAVIVIENDA		
Tipo de cuenta	Ahorros	X	Corriente

Atentamente,

Grace Rosales Yaber

**GRACE YISETT ROSALES YABER**  
C. C. No. 1129.486.107



**TRÁNSITO  
DEL ATLÁNTICO**

**FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO**

Código: GCT-F11  
Versión: 03  
Actualización: 26/05/2025

**1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO**

Informe No:	2	Contrato No:	CD 114-2025
Nombre del Supervisor:	JUAN CARLOS REDONDO MAESTRE	Cargo:	Subdirector de seguridad vial ( E )
Período de Informe:	1 JUNIO AL 30 DE JUNIO 2025		

**2. INFORMACIÓN CONTRACTUAL**

Nombre del Contratista:	Grace Yisett Rosales Yaber		
N° de Identificación del Contratista:	1.129.486.107		
Tipo de Contrato:	prestacion de servicios	Fecha de Suscripción del Contrato:	2/05/2025
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA SUBDIRECCIÓN DE SEGURIDAD VIAL EN LA SEDE OPERATIVA DE BARANOA EN LA REALIZACIÓN DE TRÁMITES, ATENCIÓN AL PÚBLICO Y EN LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA CIA		
Valor del Contrato (\$):	\$ 17.500.000	Plazo:	30/09/2025
N° CDP:	2025.TRA.01.000284	Fecha GDP:	22/04/2025
N° RP:	2025.TRA.01.000339	Fecha RP:	2/05/2025
N° CDP ADICION:		Fecha CDP adición:	
N° RP ADICION:		Fecha RP adición:	
Fecha de Inicio: (día/mes/año)	2/05/2025	Fecha de Terminación: (día/mes/año)	30/09/2025
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	\$17.500.000		

**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		17.500.000	53.000	30/05/2025 # 20250048025
Bono de Coldeportes		X			
Timbre		X			
Otros (Especifique Cuales)		X			

**5. ACREDITACIÓN PAGO APORTES**

No. De Planilla	9487801513		
Base 40%	\$ 1.423.500		
<b>5.1 PERSONA NATURAL</b>	%	IBC	MES COTIZADO
Salud	12,50%	\$ 178.000	JUNIO
Pensión	16,00%	\$ 227.800	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)	0,520%	\$ 7.500	JUNIO

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 Asegura
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. Realizar trámites y gestiones administrativas en la sede operativa de Baranoa.
2. Apoyar en la difusión de información relacionada con la CIA vial a través de canales de comunicación efectivos
3. Colaborar en la planificación y ejecución de estrategias de comunicación para promover la Seguridad Vial y la conciencia ciudadana.
4. Mantener actualizada la información y documentación relacionada con la CIA vial y la sede operativa de Baranoa.
5. Establecer relaciones con la comunidad y otros actores relevantes para promover la seguridad vial y la colaboración.
6. Desarrollar las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato

**8. PAGO APROBADO**

Pago anticipo	Valor:	\$	-
Pago anticipado	Valor:	\$	-
Pago parcial o mensual	Valor:	\$	3.500.000,00
Pago Total	Valor:	\$	3.500.000,00

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

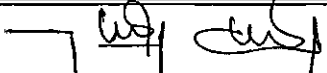

No. de Pago	Fecha de Pago	No. de Orden de Pago	Valor de Pago	Valor Saldo por Pagar
1	9/06/2025	2025.TRA.01.000741	\$ 3.500.000,00	\$ 14.000.000,00
2				
3				
4				
5				
6				

**9. DOCUMENTOS ANEXOS REQUERIDOS**

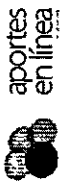
No.	Nombre de Documento	SI	N/A
1	Cuenta de Cobro y/o Factura	X	
2	Copia de Contrato (Sólo primera cuenta)		X
3	Consolidado del SECOP II (Sólo primera cuenta)		X
4	Registro Presupuestal (Sólo primera cuenta)		X
5	Pago Estampilla Gobernación o Carta de Autorización para el Descuento de las Estampillas (Sólo primera cuenta)		X
6	Pago Estampilla Alcaldía Distrital (Sólo 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.

<b>FIRMA DEL SUPERVISOR</b>		<b>FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	
Identificación:	80.852.766	Identificación:	1.129.486.107
Teléfono:	3507101828	Teléfono:	3009630393
Dirección:	CALLE 40 # 45-46	Dirección:	cr 61 #74-187
Fecha de Supervisión:	1 DE JULIO 2025		





# Resumen General de Pago

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Clase	Bazón Social	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 172486107	INDIVIDUANTE	ROSALES YBER GRACE YBETT	PRINCIPAL	Carrera 1st # 2 - 11	PUERTO COLOMBIA-ATLANTICO	3900000	No

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clase	Tipo	Fecha	Pago	Días Mora	Valor
2025-06	Salud	Planilla	2025/07/07	\$7,500	0	\$413,300

## RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
PORVENIR	2303011	600,724,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,500	\$0	\$0	\$7,500
Seguros BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$7,500	\$0	\$0	\$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	600,130,907	14	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$413,300</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$413,300</b>