

CUENTA DE COBRO No. 03 ✓

**Tránsito
del Atlántico**

Rad No 2025-4210-068897-2
 Fecha 30/07/2025 11:35:01 a. m. Us Rad. FRUIZ
 Destino: GESTION FINANCIERA
 Remitente: CIU CLAUDIA ISABEL PRADA OVIED
 Empresa: Transito del Atlantico

EI INSTITUTO DE TRANSITO DEL ATLANTICO

Nit. 800.115.102-1

Calle 40 #45-06 - Teléfono: 3713000

DEBE A

Contratista	CLAUDIA ISABEL PRADA OVIEDO
No. de contrato	CD 113-2025 ✓
Identificación	C.C. No. 57.435.537 de Santa Marta
Email	Claudiaprada1410@gmail.com
Dirección	Cra. 62 No. 76-95 CONJUNTO LA 76
Teléfono	3002569362

LA SUMA DE

Valor	TRES MILLONES SETESCIENTOS MIL PESOS m/l. (\$ 3.700.000)
--------------	---

POR CONCEPTO DE

Concepto (Objeto Contractual)	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADA PARA QUE BRINDE ACOMPAÑAMIENTO EN LOS PROCESOS PROPIOS DE LA OFICINA DE SUBDIRECCIÓN DE SEGURIDAD VIAL DEL ITA		
Periodo de cuenta de cobro	DEL 01 JULIO AL 31 DE JULIO DE 2025 ✓		
Actividades desarrolladas	1. Revise correos institucionales y dando respuesta a la policía sobre lesionados de accidentes de tránsito, conforme el artículo 21 de la ley 1755 de 2015. Lo anterior teniendo en cuenta el factor jurisdiccional.		
	2- Apoye en proyección de respuestas en las peticiones llegadas al área de la subdirección de seguridad vial.		
	3- Envié notificaciones a las clínicas informando que los lesionado por accidentes de transito no se reportaron en la entidad.		
	LESIONADO	CLINICA	FECHA ACCIDENTE
	YOICETH ALBERTO BARRAZA SARMIENTO	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	20/06/2025
	OSCAR SANCHEZ BERDUGO WILFREDO JOSE GUERRERO MALLARINO	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	11/05/2025
DAYANA PAOLA GUTIERREZ ESCORCIA	UNIDAD MEDICA SAN VICENTE	30/06/2025	
LINDA MELIE RAMOS RAMOS	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30 CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S	30/06/2025 29/06/2025	

VIRGILIO OCHOA GONGORA	CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S	29/06/2025
ARELIS BEATRIZ MARRIAGA CANTILLO	CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S	29/06/2025
WILFRIDO JOSE GUERRERO MALLARINO	CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S	30/06/2025
ROBIN JOSE ARTETA AREVALO	CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S	29/06/2025
ARELIS BEATRIZ MARRIAGA CANTILLO	UNIDAD MEDICA SAN VICENTE	29/06/2025
MANUEL ESTEBAN DEL TORO MORENO	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	28/06/2025
LUIS ANGEL MUÑOZ CAICEDO	CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S	28/06/2025
BREINER ORDOÑEZ ESCALONA	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	28/06/2025
ARMANDO LUIS OROZCO RIVERA	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	29/06/2025
MARINA SARMIENTO FRIAS	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	1/07/2025
BARBARA ALIUSCA ACEVEDO GARCIA	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	17/06/2025
LUIS ANGEL MUÑOZ CAICEDO	UNIDAD MEDICA SAN VICENTE	28/06/2025
JORGE ACUÑA CERVANTES	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	1/06/2025
RAMIRO MENDOZA RAMOS	UNIDAD MEDICA SAN VICENTE	16/06/2025
JORGE EDUARDO CARRILLO	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	9/02/2025
AIDE ENRIQUE ESCORCIA PALLARES	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	16/02/2025
JOVANNY DE JESUS FRANCO SANCHEZ	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	15/06/2025
LIAN DAVID GUTIERREZ CASTILLO	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	18/06/2025
ESTEFANI PAOLA PEREZ ESCOBAR	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	10/06/2025
NIDELIZ PATRICIA CERVANTES PACHECO	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	2/03/2025
JAVIER GOMEZ BADILLO	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	3/07/2025
JOSUE DAVID CONDE PUELLO	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	13/04/2025
EDER ANTONIO ESCORCIA ESCORCIA	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	7/07/2025
CANDELARIA GREGORIA PEREZ TORRES	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	7/07/2025
BRANDON MALAGON PALMA	CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S	7/07/2025
DONAL JOSE VARELA CAMARGO	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	7/07/2025
BRAYAN JOSE CASTRO DIAZ	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	7/07/2025
ZUNNY ROSA CAMARGO DOMINGUEZ	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	22/06/2025
ALEXANDER JOSE VILLARREAL MELEAN	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	6/06/2025
NIDELYS CANTILLO CERVANTES	UNIDAD MEDICA SAN VICENTE S.A.S	7/07/2025
JORGE DAVID DE LA CRUZ BRAVO	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	6/07/2025
XABIER VILLAREAL CERPA	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	7/07/2025
LUIS ALFONSO ROZO ALARCON	CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S	7/07/2025
ELIZABETH LEONORA TOVAR GUTIERREZ	UNIDAD MEDICA SAN VICENTE S.A.S	7/07/2025
TOMAS JOSE TELLEZ MACIAS	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	25/03/2025
JESUS DAVID ROMO SILVERA	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	5/07/2025
ESTEFANY MARIA GUZMAN GUTIERREZ	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	5/07/2025
YEISON DAVID POLO LOPEZ	UNIDAD MEDICA SAN VICENTE S.A.S	10/07/2025
RAFAEL GUTIERREZ CANTILLO	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	18/05/2025
JORGE ELIECER TERRAZA BELEÑO	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	7/07/2025

	DAYANA PAOLA GUTIERREZ ESCORCIA	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	30/06/2025
	JONATHAN ANTONIO FIGUEROA OJEDA	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	9/07/2025
	ARELIS PORRA GOMEZ	FUNDACIÓN CLÍNICA CAMPBELL 30	12/07/2025
	CARMEN NATALIA MARTINEZ	CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S	12/07/2025

FAVOR CONSIGNAR EN

Cuenta no.	028500088555		
Titular de la cuenta	CLAUDIA ISABEL PRADA OVIEDO		
Entidad Bancaria	DAVIVIENDA		
Tipo de cuenta	Ahorros	X	Corriente

Atentamente



CLAUDIA ISABEL PRADA OVIEDO
 CC. No. 57.435.537 de Santa Marta

1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO

Informe No:	3	Contrato No:	CD 113-2025
Nombre del Supervisor:	WILLIAM NOGUERA ROJAS	Cargo:	Subdirector de seguridad vial
Periodo de Informe:	del 01 de julio al 31 de julio de 2025		

2. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Nombre del Contratista:	CLAUDIA ISABEL PRADA OVIEDO		
N° de Identificación del Contratista:	57.435.537		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Fecha de Suscripción del Contrato:	2/05/2025
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA QUE BRINDE ACOMPAÑAMIENTO EN LOS PROCESOS PROPIOS DE LA OFICINA DE SUBDIRECCIÓN DE SEGURIDAD VIAL DEL ITA		
Valor del Contrato (\$):	\$ 18.500.000	Plazo:	Hasta el 30 de septiembre de 2025
N° CDP:	2025.TRA.01.000274	Fecha CDP:	9/04/2025
N° RP:	2025.TRA.01.000338	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	\$ 18.500.000		

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		18.500.000	57.000	30/05/2025-20250047968
Bono de Coldeportes		X			
Timbre		X			
Otros (Especifique Cuales)		X			

5. ACREDITACION PAGO APORTES

No. De Planilla	9489403984	julio
Base 40%	\$ 1.480.000	

5.1 PERSONA NATURAL

	%	IBC	MES COTIZADO
Salud	12,50%	\$ 185.000	julio
Pensión	16,00%	\$ 236.800	julio
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%	\$ 7.800	julio

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. Revise correos institucionales y dando respuesta a la policía y Clínicas sobre lesionados de accidentes de tránsito, conforme el artículo 21 de la ley 1755 de 2015. Lo anterior teniendo en cuenta el factor jurisdiccional.
- 2-Apoye en proyección de respuestas en las peticiones llegadas al área de la subdirección de seguridad vial.
- 3-Apoye en el proceso de subasta de los vehículos del tránsito, en la realización de los formatos y revisión de placas.
- 4-Asistí a reunión para coordinar el proceso de orientación inicial a familiares y víctimas de siniestros viales.

8. PAGO APROBADO

Pago anticipo	Valor:	\$	-
Pago anticipado	Valor:	\$	-
Pago parcial o mensual	Valor:	\$	3.700.000,00
Pago Total	Valor:	\$	3.700.000,00

8.1. SEGUIMIENTO Y CONTROL PRESUPUESTAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

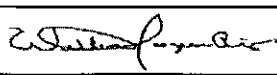
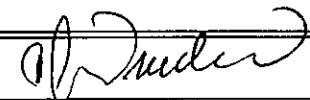
No. de Pago	Fecha de Pago	No. de Orden de Pago	Valor de Pago	Valor Saldo por Pagar
1	4/08/2025	2025.TRA.01.000659	\$ 3.700.000,00	\$ 14.800.000,00
2	2/07/2025	2025.TRA.01.000819	\$ 3.700.000,00	\$ 11.100.000,00
3				
4				
5				
6				

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 (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

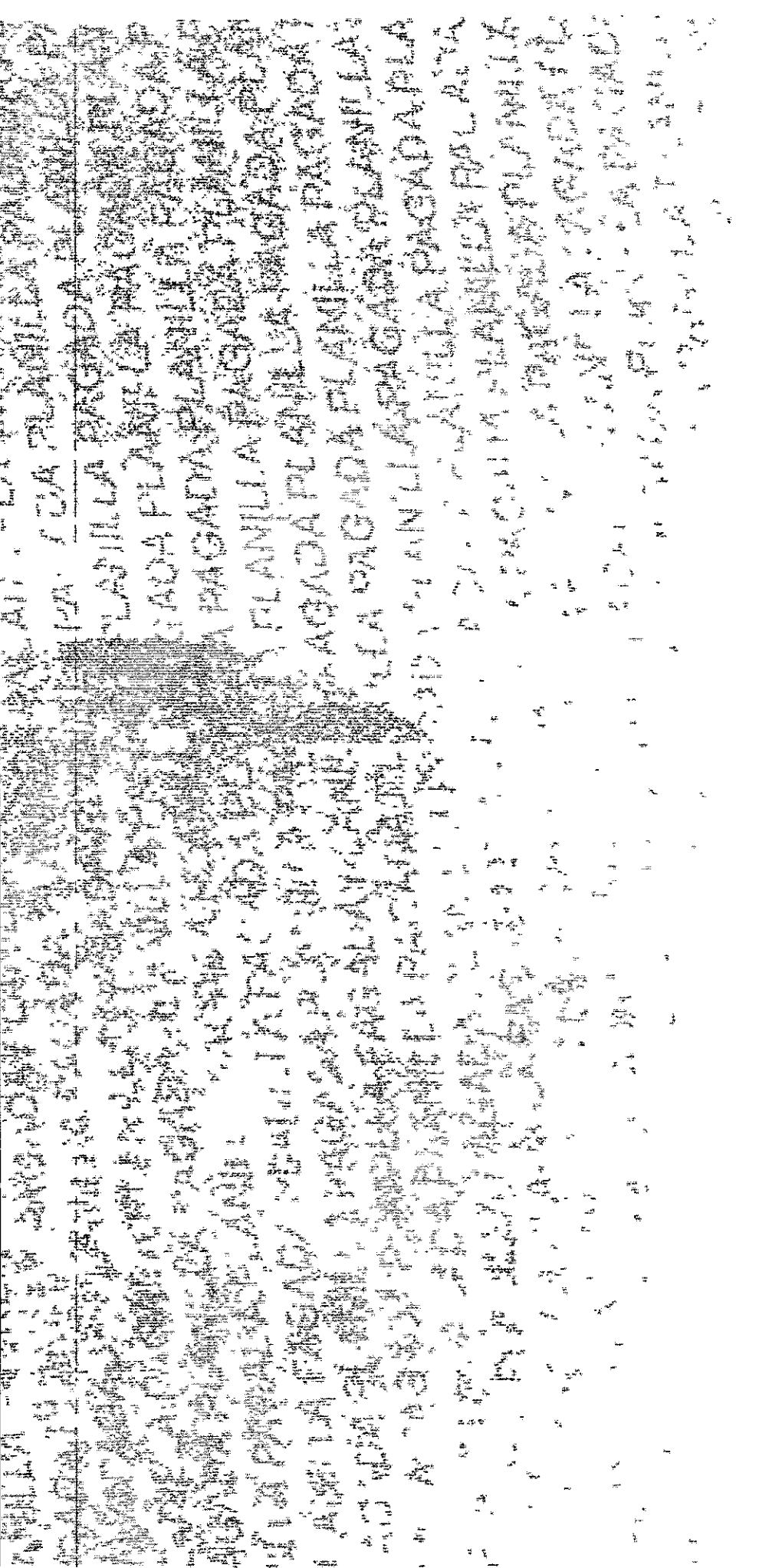
10. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO

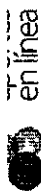
Con el presente documento certifico: a) que el contratista ha cumplido con el objeto contractual durante el periodo facturado; b) que los datos suministrados en este documento los he verificado de acuerdo a los archivos que reposan en la entidad y a los documentos suministrados por el contratista; c) 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:	72.181.457	Identificación:	57.435.537
Teléfono:	3002858734	Teléfono:	3002569362
Dirección:	Calle 40 No. 45-06	Dirección:	CRA 62 N 76-95 CONJUNTO LA 76
Fecha de Supervisión:	30/07/2025		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE	
Identificación	CC 57495537
Razon Social	PRADA OVEDO CLAUDIA ISABEL
Clase Aportante	INDEPENDIENTE
Sucursal Principal	PRINCIPAL
Dirección	Carrera 62 #76-95 conjunto la 76.
Teléfono	3005712
Exonerado SENA e ICBF	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION	
Pérdido	Salud
Planilla	Planilla
Clave	948403984
Fecha	2025/08/72
Limite	2025/07/25
Pago	Banco
Dias Mora	0
Valor	\$429,600

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES																																													
Nº	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	PENSION			SALUD			CCE			RIESGOS			PARAFISCALES																												
					IBG	Dias	Aporte	IBG	Dias	Aporte	IBG	Dias	Aporte	IBG	Dias	Aporte	IBG	Dias	Aporte																										
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)												\$1,480,000	\$236,800	\$183,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0															
Cuenta de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliados)												\$1,480,000	\$236,800	\$183,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0															
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)												\$1,480,000	\$236,800	\$183,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0															
CC	57495537	PRADA CLAUDIA	231001	30	\$1,480,000	\$236,800	\$183,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0							
Total Afiliados (1)												\$1,480,000	\$236,800	\$183,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0





DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	SI
CC 37435337		PRADA OWEDO CLAUDIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 62 #76-95 conjunto la 76	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3005712		SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor				
Pensión Salud 2025-07	Planilla 9484-03984	Planilla	Límite 2025/08/12	Pago 2025/07/25	Banco Davivienda				
2025-07	165335066	1			0				

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$236,800	\$0	\$0	\$236,800		
COLFONDOS	23100		1	\$236,800	\$0	\$0	\$236,800		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$7,800	\$0	\$0	\$7,800		
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23		1	\$7,800	\$0	\$0	\$7,800		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$185,000	\$0	\$0	\$185,000		
EPS007	800130907		1	\$185,000	\$0	\$0	\$185,000		
SUB TOTAL			1	\$429,600	\$0	\$0	\$429,600		
TOTAL			1	\$429,600	\$0	\$0	\$429,600		