

CUENTA DE COBRO No. 02

 Rad N°: 202542100795962 - Fecha rad: 2025-09-30 11:18:46 Usu Radicador: FABIAN GARCIA Dep: ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA Remitente: JOSE MIGUEL Parejo Linero Asunto: Cuenta de Cobro n° 02

EL INSTITUTO DE TRANSITO DEL ATLANTICO

Nit. 800.115.102-1

Calle 40 #45-06 - Teléfono: 3713000

DEBE A

Contratista	José Miguel Parejo Linero
No. de contrato	131 - 2025
Identificación	72.099.738
Email	josemiguelparejo@gmail.com
Dirección	Carrea 1C # 14 – 13 Apto 2 Sabana grande - Atlántico
Teléfono	321- 5169037

LA SUMA DE

Valor	TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L (\$ 3.500.000)
--------------	---

POR CONCEPTO DE

Concepto (Objeto Contractual)	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION A LA OFICINA DE LA SUBDIRECCION OBJETO DE SEGURIDAD VIAL COMO AGENTE DE TRANSITO EN LA REGULACION DE LA MOVILIDAD ASI COMO LA VALIDACION TECNICA DE LOS COMPARENDOS ELECTRONICOS GENERADOS POR LOS SISTEMAS DE FOTODETECCION EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO.
Periodo de cuenta de cobro	DEL 01 AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2025
Actividades desarrolladas	1. Validacion tecnica de comparendos electronicos generados de fotodeteccion. 2. Regulacion de la movilidad. 3. Acompañamiento a los agentes de transito a los diferentes municipios. 4. Desarrollar las demas actividades asignadas por el supervisor del contrato.

FAVOR CONSIGNAR EN

Cuenta no.	055 048 842 908 5829		
Titular de la cuenta	José Miguel Parejo Linero		
Entidad Bancaria	Davivienda		
Tipo de cuenta	Ahorros	X	Corriente

Atentamente,

Jose Parejo

JOSE MIGUEL PAREJO LINERO
 CC. 72.099.738 De Sabana grande Atl.

1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO

Informe No:	2	Contrato No:	CD 131 - 2025
Nombre del Supervisor:	WILLIAN NOGUERA ROJAS	Cargo:	SUBDIRECTOR DE SEGURIDAD VIAL
Periodo de Informe:	DEL 01 AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2025		

2. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Nombre del Contratista:	JOSE MIGUEL PAREJO LINERO		
N° de identificación del	72.099.738		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIO	Fecha de Suscripción del Contrato:	18 DE ENERO DEL 2025
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION A LA OFICINA DE LA SUBDIRECCION OBJETO DE SEGURIDAD VIAL COMO AGENTE DE TRANSITO EN LA REGULACION DE LA MOVILIDAD ASI COMO LA VALIDACION TECNICA DE LOS COMPARENDOS ELECTRONICOS GENERADOS POR LOS SISTEMAS DE FOTODETECCION EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO.		
Valor del Contrato (\$):	\$ 14.000.000	Plazo:	Desde la suscripción del contrato, hasta el 15 de Diciembre de 2025.
N° CDP:	2025.TRA.01.000457	Fecha GDP:	12 DE AGOSTO DEL 2025
N° RP:	2025.TRA.01.000599	Fecha RP:	19 DE AGOSTO DEL 2025
N° CDP ADICION:		Fecha CDP adición:	
N° RP ADICION:		Fecha RP adición:	
Fecha de Inicio: (día/mes/año)	19 DE AGOSTO DEL 2025	Fecha de Terminación: (día/mes/año)	15 DE DICIEMBRE DEL 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	\$ 14.000.000		

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		\$ 14.000.000	\$42.000	31/08/2025 - 20250076425
Bono de Coldeportes		X			
Tímbr		X			
Otros (Especifique Cuales)		X			

5. ACREDITACION PAGO APORTES

No. De Planilla	80103512
Base 40%	\$ 1.423.500

5.1 PERSONA NATURAL

	%	IBC	MES COTIZADO
Salud	12,50%	\$ 178.000	AGOSTO 2025
Pensión	16,00%	\$ 227.800	AGOSTO 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	AGOSTO 2025

5.2 PERSONA JURÍDICA

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

- Validación técnica de comparendos electrónicos generados de fotodetección.
 - Regulación de la movilidad.
 - Acompañamiento a los agentes de tránsito a los diferentes municipios.
- 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
Pago Total	Valor:	\$	3.500.000

8.1. SEGUIMIENTO Y CONTROL PRESUPUESTAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No. de	Fecha de Pago	No. de Orden de Pago	Valor de Pago	Valor Saldo por Pagar
1	SET.03.2025	2025.TRA.01.001338	\$ 1.750.000,00	\$ 12.250.000,00
2				
3				
4				
5				
6				

9. DOCUMENTOS ANEXOS REQUERIDOS

No.	Nombre de Documento	SI	NA
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.

FIRMA DEL SUPERVISOR		FIRMA DEL CONTRATISTA	
Identificación:	72.181.457	Identificación:	72.099.738
Teléfono:	3002858734	Teléfono:	3215169037
Dirección:	calle 40 # 45-06	Dirección:	CARERA 1C #14-13 APTO 2 SABANAGRANDE ATLANTICO
Fecha de Supervisión:	30 DE SEPTIEMBRE DEL 2025		

