# CUENTA DE COBRO No. 03



Rad N°: 202642100006232 - Fecha rad: 2026-04-15 13:30:04
Usu Radicador: FABIAN GARCIA
Dep: ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA
Remitente: Termania Maria Hernandez Gonzalez
Asunto: Cuenta de Cobro n° 03

## El INSTITUTO DE TRÁNSITO DEL ATLÁNTICO

Nit. 800.115.102-1

Calle 40 #45-06 - Teléfono: 3713000

## DEBE A

| | |
|---|---|
| **Contratista** | Termania Maria Hernandez González |
| **No. de contrato** | CD 139-2026 |
| **Identificación** | C.C. No. 1067841702 de Montería |
| **Email** | Temahego0412@gmail.com |
| **Dirección** | Calle 68b # 21b – 21 Barrio Terranova 1 -Soledad |
| **Teléfono** | 3004807024 |

## LA SUMA DE

| | |
|---|---|
| **Valor** | Tres millones ochocientos mil pesos ($3.800.000) |

## POR CONCEPTO DE

| | |
|---|---|
| **Concepto (Objeto Contractual)** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO A LA SUBDIRECIÓN DE SEGURIDAD VIAL DEL ITA, EN LA ACTUALIZACIÓN NORMATIVA Y JURISPRUDENCIAL SOBRE CONCEPTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE TRANSPORTE |
| **Periodo de cuenta de cobro** | DEL 16 MARZO AL 15 ABRIL DE 2025 |
| **Actividades desarrolladas** | 1- Recopilar y clasificar los conceptos emitidos por el Ministerio de Transporte en materia de seguridad vial. 2- Investigar y analizar las leyes, decretos, resoluciones y demás normas que fundamentan los conceptos del Ministerio de Transporte. 3- Realizar un seguimiento constante de las modificaciones y actualizaciones en la normativa de tránsito y seguridad vial, así como de los nuevos conceptos emitidos por el Ministerio de Transporte. 4- Preparar informes periódicos que resuman y analicen las novedades normativas y jurisprudenciales relevantes para los conceptos del Ministerio de Transporte. 5- Colaborar en la elaboración de resoluciones, acuerdos y otros actos administrativos relacionados con los conceptos del Ministerio de Transporte. 6- Las demás que le sean asignadas por el supervisor. |

**FAVOR CONSIGNAR EN**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta no.** | 55410512695 | | | | |
| **Titular de la cuenta** | Termania Maria Hernàndez Gonzàlez | | | | |
| **Entidad Bancaria** | Bancolombia | | | | |
| **Tipo de cuenta** | **Ahorros** | **X** | **Corriente** | | |

Atentamente,

**TERMANIA MARIA HERNANDEZ GONZALEZ**
CC. No.1.067.841.702 De Montería

| TRÁNSITO DEL ATLÁNTICO | FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO | Código: GCT-F11 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | | Actualización: 26/05/2025 |

## 1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Informe No:** | 3 | **Contrato No:** | CD-139-2026 |
| **Nombre del Supervisor:** | William Noguera Rojas | **Cargo:** | Subdirector de Seguridad Vial |
| **Periodo de Informe:** | 16 de Marzo 2026 al 15 de Abril 2026 | | |

## 2. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | Termania María Hernández González | | |
| **N° de Identificación del Contratista:** | 1,067,841,702 | | |
| **Tipo de Contrato:** | Prestacion de servicios profesionales | **Fecha de Suscripción del Contrato:** | 30 de Enero de 2026 |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO A LA SUBDIRECIÓN DE SEGURIDAD VIAL DEL ITA, EN LA ACTUALIZACIÓN NORMATIVA Y JURISPRUDENCIAL SOBRE CONCEPTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE TRANSPORTE | | |
| **Valor del Contrato ($):** | $ 11.400.000 | **Plazo:** | a partir de la suscripcion hasta el 30 de abril |
| **N° CDP:** | 2026.TRA.01.000199 | **Fecha CDP:** | 19 de enero de 2026 |
| **N° RP:** | 2026.TRA.01.000216 | **Fecha RP:** | 30 de Enero de 2026 |
| **N° CDP ADICION:** | | **Fecha CDP adición:** | |
| **N° RP ADICION:** | | **Fecha RP adición:** | |
| **Fecha de Inicio:** (día/mes/año) | 30 de enero de 2026 | **Fecha de Terminación:** (día/mes/año) | 30 de abril de 2026 |
| **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** | **$ 11.400.000** | | |

## 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 | | 11.400.000 | 114.000 | 11/02/2026 # 20260041120 |
| Estampilla pro Ciudadela Universitaria | X | | 11.400.000 | 205.000 | 11/02/2026 # 20260041120 |
| Estampilla pro Bienestar Adulto Mayor | X | | 11.400.000 | 57.000 | 11/02/2026 # 20260041120 |
| Estampilla Pro-Cultura (Mayor a 10 SMLV) | X | | 11.400.000 | 114.000 | 11/02/2026 # 20260041120 |
| Estampilla Pro-Electrificación Rural | X | | 11.400.000 | 228.000 | 11/02/2026 # 20260041120 |
| Estampilla Pro-Hospital 1 y 2 Nivel | X | | 11.400.000 | 194.000 | 11/02/2026 # 20260041120 |
| Estampilla pro Hospital Univ. Cari ESE | X | | 11.400.000 | 114.000 | 11/02/2026 # 20260041120 |
| Estampilla ITSA | X | | 11.400.000 | 34.000 | 03/02/2026 # 20260021725 |
| Bono de Coldeportes | | X | | | |
| Timbre | | X | | | |
| Otros (Especifique Cuales) | | X | | | |

## 5. ACREDITACION PAGO APORTES

| | |
|---|---|
| **No. De Planilla** | 6010784018 |
| **Base 40%** | $ 1.750.905 |

| 5.1 PERSONA NATURAL | % | IBC | MES COTIZADO |
|---|---|---|---|
| Salud | 12,50% | $ 218.900 | MARZO |
| Pensión | 16,00% | $ 280.200 | MARZO |
| 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% | $ 9.200 | MARZO |

### 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) | | | | |

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

## 7. ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1- Recopilar y clasificar los conceptos emitidos por el Ministerio de Transporte en materia de seguridad vial. 2- Investigar y analizar las leyes, decretos, resoluciones y demás normas que fundamentan los conceptos del Ministerio de Transporte. 3- Realizar un seguimiento constante de las modificaciones y actualizaciones en la normativa de tránsito y seguridad vial, así como de los nuevos conceptos emitidos por el Ministerio de Transporte. 4- Preparar informes periódicos que resuman y analicen las novedades normativas y jurisprudenciales relevantes para los conceptos del Ministerio de Transporte. 5- Colaborar en la elaboración de resoluciones, acuerdos y otros actos administrativos relacionados con los conceptos del Ministerio de Transporte. 6- Las demás que le sean asignadas por el supervisor.

## 8. PAGO APROBADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pago anticipo | Valor: | $ | - |
| Pago anticipado | Valor: | $ | - |
| Pago parcial o mensual | Valor: | $ | 3.800.000,00 |
| Pago Total | Valor: | $ | 3.800.000,00 |

## 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 | 4/03/2026 | 2026.TRA.01.000255 | $ 1.900.000,00 | $ 9.500.000,00 |
| 2 | 17/03/2026 | 2026.TRA.01.000369 | $ 3.800.000,00 | $ 5.700.000,00 |
| 3 | | | | $ 5.700.000,00 |
| 4 | | | | $ 5.700.000,00 |
| 5 | | | | $ 5.700.000,00 |
| 6 | | | | $ 5.700.000,00 |

## 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 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: | 72.181.457 | Identificación: | 1.067.841.702 |
| Teléfono: | 3713000 | Teléfono: | 3004807024 |
| Dirección: | CALLE 40 No 45-06 | Dirección: | Calle 68b No 21b -21 Barrio terranova 1 |
| Fecha de Supervisión: | 15 de abril de 2026 | | |

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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1067841702 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | TERMANIA MARIA HERNANDEZ GONZALEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANQUILLA | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | CRA 7M # 130-66 CARIBE VERDE | TELÉFONO: | 2222222 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6010784018** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/03/30 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 179382087 |

### NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Planilla Pagada

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002279406 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 280.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 280.200** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8000887022 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 218.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 218.900** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | $ 9.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 9.200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 508.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 508.300** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | Bancolombia

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN. | 1067841702 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | TERMANIA MARIA HERNANDEZ GONZALEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANQUILLA | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | CRA 7M # 130-68 CARIBE VERDE | TELÉFONO: | 2222222 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 6010784018 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | marzo AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | marzo AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/03/30 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 179382087 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 280.200 | $ 0 | $ 280.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 280.200 | $ 0 | $ 280.200 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.200 | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1067841702 | HERNANDEZ GONZALEZ TERMANIA MARIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001-COLFONDOS | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | [illegible] | [illegible] | $ 0 | Normal | $ 280.200 |

SALUD

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 |

ARP

| ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.750.905 | 106784170 | $ 9.200 |

PARAFISCALES

| DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 508.300**

Planilla Pagada

SOI

Planilla Pagada