

CUENTA DE COBRO No. 04



Rad N°: 202642100008512 - Fecha rad: 2026-05-15 13:57:39
Usu Radicador: FABIAN ROBERTO RUIZ GARCIA
Dep: ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA
Remitente: Andrea Carolina Varela Gonzalez
Asunto: Cuenta de Cobro n° 04
Nit. 800.115.102-1

Calle 40 #45-06 - Teléfono: 3713000

DEBE A

Contratista	Andrea Carolina Varela González
No. de contrato	CD 059-2026
Identificación	C.C. 1044431914 de Puerto Colombia
Email	Andreavarela0225@gmail.com
Dirección	Carrera 14 Diagonal 4ª – 11 Puerto Colombia
Teléfono	3015962526

LA SUMA DE

Valor	Tres millones ochocientos mil de pesos M/I (\$3.800.000)
-------	--

POR CONCEPTO DE

Concepto (Objeto Contractual)	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBDIRECCIÓN DESEGURIDAD VIAL, PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ENFOCADAS A LAS ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD Y EDUCACIÓN VIAL DEL INSTITUTO DE TRANSITO DEL ATLANTICO.
Periodo de cuenta de cobro	DEL 16 ABRIL AL 15 DE MAYO DE 2026
Actividades desarrolladas	1. Apoyar en el diseño e implementación de estrategias de comunicación, e interacción para promover la seguridad vial. 2. Apoyo a la Gestión de relaciones con medios de comunicación y comunidades locales. 3. Brindar acompañamiento en la organización de campañas educativas y eventos de sensibilización sobre seguridad vial. 4. Apoyar en la elaboración de informes y reportes relacionados con las actividades de la Oficina de Seguridad Vial. 5. Apoyar en la implementación de estrategias para el desarrollo de las actividades propias del área. 6. Las demás que sean asignadas por el supervisor.

FAVOR CONSIGNAR EN

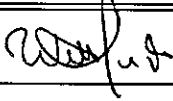
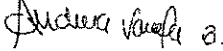
Cuenta no.	554-356437-27			
Titular de la cuenta	Andrea Carolina Varela González			
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA			
Tipo de cuenta	Ahorros	X	Corriente	

Atentamente,

Andrea Varela G.

ANDREA CAROLINA VARELA GONZALEZ
CC. 1.044.431.914 Puerto Colombia

 TRÁNSITO DEL ATLÁNTICO		FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO		Código: GCT-F11	
				Versión: 03	
				Actualización: 26/05/2025	
1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO					
Informe No:	4		Contrato No:	CD 059-2026	
Nombre del Supervisor:	William Noguera Rojas		Cargo:	Subdirector De Seguridad Vial	
Periodo de Informe:	Del 16 de Abril al 15 de Mayo de 2026				
2. INFORMACIÓN CONTRACTUAL					
Nombre del Contratista:	Andrea Carolina Varela González				
N° de Identificación del Contratista:	1.044.431.914				
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		Fecha de Suscripción del Contrato:	16 DE ENERO DEL 2026	
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBDIRECCIÓN DE SEGURIDAD VIAL, PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ENFOCADAS A LAS ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD Y EDUCACIÓN VIAL DEL INSTITUTO DE TRANSITO DEL ATLANTICO.				
Valor del Contrato (\$):	\$ 19.000.000		Plazo:	HASTA EL 15 DE JUNIO DE 2026	
N° CDP:	2026.TRA.01.000017		Fecha CDP:	05 DE ENERO DEL 2026	
N° RP:	2026.TRA.01.000111		Fecha RP:	16 DE ENERO DEL 2026	
N° CDP ADICION:			Fecha CDP adición:		
N° RP ADICION:			Fecha RP adición:		
Fecha de Inicio: (día/mes/año)	16 DE ENERO DEL 2026		Fecha de Terminación: (día/mes/año)	15 DE JUNIO DEL 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		\$ 19.000.000			
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. Carl ESE		X			
Estampilla ITSA	X		19.000.000	57.000	12/02/2026 - 20260031668
Bono de Coldeportes		X			
Timbre		X			
Otros (Especifique Cuales)		X			
5. ACREDITACIÓN PAGO APORTES					
No. De Planilla	9503296555				
Base 40%	\$ 1.750.905				
5.1 PERSONA NATURAL		%	IBC	MES COTIZADO	
Salud	12,50%		\$ 218.900	ABRIL	
Pensión	16,00%		\$ 280.200	ABRIL	
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	ABRIL	
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 PERÍODO OBJETO DE PAGO					
1. Apoyar en el diseño e implementación de estrategias de comunicación, e interacción para promover la seguridad vial. 2. Apoyo a la Gestión de relaciones con medios de comunicación y comunidades locales. 3. Brindar acompañamiento en la organización de campañas educativas y eventos de sensibilización sobre seguridad vial. 4. Apoyar en la elaboración de informes y reportes relacionados con las actividades de la Oficina de Seguridad Vial. 5. Apoyar en la implementación de estrategias para el desarrollo de las actividades propias del área. 6. Las demás que sean asignadas por el supervisor.					
8. PAGO APROBADO					
Pago anticipo	Valor:	\$	-		
Pago anticipado	Valor:	\$	-		
Pago parcial o mensual	Valor:	\$	3.800.000		
Pago Total	Valor:	\$	3.800.000		
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	25/02/2026	2026.TRA.01.000222	\$ 3.800.000	\$ 15.200.000	

 TRÁNSITO DEL ATLÁNTICO		FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO			Código: GCT-F11
					Versión: 03
					Actualización: 26/05/2025
2	17/03/2026 /	2026.TRA.01.000332	\$	3.800.000	\$ 11.400.000
3	21/04/2026	2026.TRA.01.000605 /	\$	3.800.000	\$ 7.600.000
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 (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 contrataactual 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:	1.044.431.914		
Teléfono:	3002858734	Teléfono:	3015962526		
Dirección:	Calle 40 # 45-46	Dirección:	Carrera 14 diag 4a -11		
Fecha de Supervisión:	15/05/2026				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE						
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Exonerado SENA e ICBF
CC 1044431914		VARELA GONZALEZ ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 14 DIAGONAL 4A 11	3015962526 No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION							
Periodo		Clave		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Valor
2026-04	2026-04	277731918	9503296555	I	2026/05/06	2026/05/04	\$508,300
							0

RESUMEN DE PAGO						
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)						
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)						
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,200	\$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)						
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$218,900
TOTAL				1	\$508,300	\$508,300