CUENTA DE COBRO No. 05

El INSTITUTO DE TRÁNSITO DEL ATLÁNTICO
Nit. 800.115.102-1
Calle 40 #45-06 - Teléfono: 3713000

DEBE A

Contratista	Jhon Passos Zapata
No. de contrato	064- 2023
Identificación	1.046.873.684
Email	Jpassos10@hotmail.com
Dirección	Calle 17 Nº 17-90
Teléfono	3008664409

LA SUMA DE

Valor	Un millón cien mil pesos ($ 1.100.000)

POR CONCEPTO DE

Concepto (Objeto Contractual)	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DOCUMENTAL MEDIANTE LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE ARCHIVOS Y ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTOS CON EL FIN DE FORTALECER LA PRESTACION DEL SERVICIO A LOS USUARIOS
Periodo de cuenta de cobro	DEL 01 AL 15 DE MAYO DEL 2023
Actividades desarrolladas	APOYO EN LA ACTUALIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE 117 EXPEDIENTES DEL INVENTARIO DE HOJAS DE VIDA DE VEHÍCULOS.

FAVOR CONSIGNAR EN

Cuenta no.	0550026100725048				
Titular de la cuenta	JHON PASSOS ZAPATA				
Entidad Bancaria	DAVIVIENDA				
Tipo de cuenta	**Ahorros**	**X**	**Corriente**		

Atentamente,

Jhon Passos Z

JHON PASSOS ZAPATA
CC. 1.046.873.684

Tránsito del Atlántico / Gobernación del Atlántico	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO	Código: GRI-F26
		Versión: 01
		Fecha de aprobacion: 27/01/2

1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO

Informe No:	5	**Contrato No:**	064-2023
Nombre del Supervisor:	ELIANA ANDREA PEREIRA PARRA	**Cargo:**	Tecnico Operativo
Periodo de Informe:	01 AL 15 DE MAYO 2023		

2. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Nombre del Contratista:	JHON PASSOS ZAPATA		
N° de Identificación del Contratista:	1.045.873.684		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION.	**Fecha de Suscripción del Contrato:**	23/01/2023
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DOCUMENTAL MEDIANTE LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE ARCHIVO Y ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTOS CON EL FIN DE FORTALECER LA PRESTACION DEL SERVICO A LOS USUARIOS.		
Valor del Contrato ($):	$ 8.800.000	**Plazo:**	15 de Mayo de 2023
N° CDP:	2023.TRA.01.000127	**Fecha CDP:**	13 de Enero de 2023
N° RP:	2023.TRA.01.000091	**Fecha RP:**	23 de enero de 2023
N° CDP ADICION:			
N° RP ADICION:			
Fecha de Inicio: (día/mes/año)	23 de Enero de 2023	**Fecha de Terminación**	15 de Mayo de 2023
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	**$ 8.800.000**	-	

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-Electrificaciòn Rural		X			
Estampilla Pro-Hospital 1 y 2 Nivel		X			
Estampilla pro Hospital Univ. Cari ESE		X			
Estampilla ITSA	X		8.800.000	26.000	30/01/2023-20220077008
Bono de Coldeportes		X			
Timbre		X			
Otros (Especifique Cuales)		X	-	-	-

5. ACREDITACION PAGO APORTES

No. De Planilla	9450389298						
Base 40%	$ 1.160.000						

5.1 PERSONA NATURAL	%	IBC	MES COTIZADO
Salud	12,50%	$ 145.000	ABRIL
Pensión	16,00%	$ 185.600	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)	0,522%	$ 6.100	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 PERIODO OBJETO DE PAGO
Apoyo en la actualizacion, verificacion y digitalizacion de 117 expedientes del invertario de hojas de vida de vehiculos

8. PAGO APROBADO						
Pago anticipo	Valor:	$ -				
Pago anticipado	Valor:	$ -				
Pago parcial o mensual	Valor:	$ 1.100.000,00				
Pago Total	Valor:	$ 1.100.000,00				

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	1/02/2023	2023.TRA.01.00083	$ 1.100.000	$ 7.700.000
2	1/03/2023	2023.TRA.01.000199	$ 2.200.000	$ 5.500.000
3	3/04/2023	2023.TRA.01.000393	$ 2.200.000	$ 3.300.000
4	3/05/2023	2023.TRA.01.000590	$ 2.200.000	$ 1.100.000

9. DOCUMENTOS ANEXOS REQUERIDOS			
No.	**Nombre de Documento**	**SI**	**N/A**
1	Cuenta de Cobro y/o Factura	X	
2	Copia de Contrato (Solo primera cuenta)		X
3	Registro Presupuestal (Solo primera cuenta)		X
4	Pago Estampilla Gobernación o Carta de Autorizacion para el Descuento de las Estampillas (Solo primera cuenta)		X
5	Pago Estampilla Alcaldía Distrital (Solo primera cuenta)		X
6	Afiliación ARL (Solo primera cuenta)		X
7	Certificación Bancaria (Solo Primera cuenta)		X
8	Pago de Seguridad Social o Parafiscales	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:	1.001.818.986	**Identificación:**	1.046.873.684
Teléfono:	3106202205	**Teléfono:**	3008664409
Dirección:	Calle 40 No. 45-06	**Dirección**	Calle 17 No 17 -90
Fecha de Supervisión:	16 DE MAYO DEL 2023		

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1046873684		PASSOS ZAPATA JHON EUSTORGIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 17 No 17-90	USIACURI-ATLANTICO	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2104437607	9450389298	I	2023/05/19	2023/05/29	BANCO DAVIVIENDA	10	$340,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700
Ciudad: USIACURI Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700
1	CC	1046873684	PASSOS JHON	23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	0	$0	$0	No	$336,700
Total		**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1046873684		PASSOS ZAPATA JHON EUSTORGIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 17 No 17-90	USIACURI-ATLANTICO	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2104437607	9450389298	I	2023/05/19	2023/05/29	BANCO DAVIVIENDA	10	$340,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$2,300	$0	$187,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$2,300	$0	$187,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$100	$0	$6,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$100	$0	$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$1,800	$0	$146,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,000	$1,800	$0	$146,800
TOTAL				**1**	**$336,700**	**$4,200**	**$0**	**$340,900**