**Radicado No. 20245340411052**

**Fecha: 15/02/2024 11:26**

## Mensaje recibido desde Mail: rubermorales@supertransporte.gov.co

## Asunto: Alcance Remisión para la Cuenta de Cobro No.01 del contrato 166-2024

## Anexos: 1 Anexos

Para ver los documentos adjuntos al correo, debe ingresar por el enlace de la "Fecha de radicado" y seleccionar la pestaña de "Documentos anexos"

**Radicación automática enviada al usuario de ORFEO:CLASIFICADOR, para su respectivo direccionamiento**

Bogotá D.C. 15 de Febrero de 2024

Señor(a)
Diana Paola Suarez Méndez
Directora Financiera
Superintendencia de
TransporteBogotá D.C.

Asunto: Alcance Remisión de documentos para la Cuenta de Cobro N°01 del Contrato dePrestación de Servicios N° 166-2024.

En mi condición de ejecutor del contrato **166-2024** del asunto, remito la siguiente documentación para su trámite de pago:

1. Formato de pago “GF-FR-001 Versión 5.

No siendo otro el fin del presente, quedo atenta a cualquier observación de su parte.

Cordialmente,



RUBER EDITH MORALES S.

51.971.784

Rubermorales@supertransporte.gov.co

| | | |
|---|---|---|
| | **Proceso Gestión Financiera**<br>**Informe de pago periódico de supervisión de contratos** | **Código**: GF-FR-001<br>**Versión:** 5<br>**Fecha de Aprobación: 24-ene-2024** |

| | | | | | Dia | Mes | Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dependencia:** | **Dir. De PyP Puertos** | **Cuenta de Cobro N°:** | **1** | **Fecha de Diligenciamiento:** | **30** | **1** | **2024** |

## 1. ACTO ADMINISTRATIVO - DATOS ESPECIFICOS

**TIPO DE VINCULACIÓN**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | **166** | Vigencia: | **2024** | Fecha de iniciación | **25** | **1** | **2024** | | |
| Fecha Suscripción Contrato: | 24 de enero de 2024 | | | Fecha de terminación: | **31** | **12** | **2024** | | |
| N° CDP: | **29524** | Fecha : | 5 de enero de 2024 | Duración: | **11** | Meses | 6 | Días | |
| N° RP: | **25424** | Fecha : | 24 de enero de 2024 | Periodo a pagar: | **25 AL 31 DE ENERO 2024** | | | | |
| N° Póliza: | 380-47-994000140419 | Fecha : | 25 de enero de 2024 | Suspensión No.: | | Tiempo: | | | |
| ARL. | **POSITIVA** | Fecha cobertura: | 25 de enero de 2024 | Adicion: No.: | | Valor: | | | |
| | | | | Prorroga: No.: | | Tiempo: | | | |
| | | | | Cesión: | | Fecha: | | | |

| | |
|---|---|
| **OBJETO:** | 102.PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DELEGATURA DE PUERTOS, PARA LA CARACTERIZACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS FINANCIEROS Y CONTABLES DE LOS VIGILADOS DE LA DELEGATURA DE PUERTOS BAJO LAS NORMAS INTERNACIONALES DE INFORMACIÓN FINANCIERA, PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SUPERVISIÓN SUBJETIVA." |

## 2. INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre/Razón Social : | **Ruber Edith Morales Solano** | | | | |
| Identificación: | Tipo documento: | **CEDULA DE CIUDADANIA** | Número: | **51.971.784** | D.V. |
| Dirección Domicilio: | Cra.68 D 95 41 | Correo Electrónico Personal: | emorales1619@gmail.com | | |
| No. Teléfono Fijo: | NINGUNO | Extensión Oficina: | N/A | Celular: | 3202748802 |
| Tipo de Cuenta Bancaria | **AHORROS** | Nombre del Banco al cual pertenece la cuenta: | **Banco Davivienda** | | |
| | Pensionado: | **NO** | Certificación: | **NO** | |

**2.1 ASPECTOS TRIBUTARIOS**

Seleccione:

- ☑ Persona Natural
- ☐ Facturador con IVA
- ☐ Facturador sin IVA
- ☐ Regimen Simple
- ☑ R.U.T. (Actividad Económica P/pal)

69202

Tarifa: 7,66

He verificado esta información frente al RUT : SI

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | |
|---|---|---|
| Valor Inicial del contrato: | $ 48.645.000,00 | |
| Adición Numero: | | |
| Valor Total del contrato: | $ 48.645.000,00 | |
| Valor a pagar en el periodo: | **$ 846.000,00** | |

## 4. AUTORIZACIÓN DE PAGO

Certifico que las actividades correspondientes al periodo cobrado se ejecutaron conforme a lo establecido en el contrato y que el contratista cumplió con los aportes al sistema general de de seguridad social conforme a las normas vigentes, encontrándose a paz y salvo, por lo tanto se considera procedente continuar el tramite de pago.

El contratista presentó el informe correspondiente: **SI**

El informe cumple con lo estipulado en el contrato: SI

**Nota:** El informe para contratos de prestación de servicios, debe reposar en la carpeta de cada contrato; la Dirección Financiera no requiere copia de dicho informe.

| | |
|---|---|
| Nombre Supervisor | ANA ISABEL JIMENEZ CASTRO |
| Cedula de Ciudadanía | 1,020,758,783 |
| Cargo | Directora de Promoción y Prevención dela Delegatura dePuertos |
| Teléfono y Extensión: | 3526700 ext.246 |

RADICADO

| | |
|---|---|
| **INFORME No. 1** | |
| **CONTRATO No.**<br>**166** | **DE FECHA:**<br>**24-01-2024** |
| **OBJETO:** 102 - PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DELEGATURA DE PUERTOS, PARA LA CARACTERIZACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS FINANCIEROS Y CONTABLES DE LOS VIGILADOS DE LA DELEGATURA DE PUERTOS BAJO LAS NORMAS INTERNACIONALES DE INFORMACIÓN FINANCIERA, PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SUPERVISIÓN SUBJETIVA | |
| **CONTRATISTA:**<br>**RUBER EDITH MORALES SOLANO** | **CEDULA O NIT:**<br>**51971784** |
| **PERIODO DE EJECUCIÓN INFORMADO:**<br>25 AL 31 DE ENERO 2024 | |
| **VALOR DEL CONTRATO INCLUÍDO SUS ADICIONES:**<br>**$48.645.000** | |
| **PLAZO:**<br>**11 MESES 15 DIAS** | |
| EL CONTRATISTA MANIFIESTA QUE EFECTUÓ LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE. | |

**Actividades desarrolladas**

| **Obligación Específica Contractual** | **Actividades desarrolladas en este periodo / Trámites** | **Evidencias / Productos Obtenidos** |
|---|---|---|
| 1. Apoyar en la elaboración de informes subjetivos en los que se evalúe la viabilidad en los aspectos financieros y contables para la autorización de reformas estatutarias. | N/A para este periodo | N/A para este periodo |
| 2. Apoyar en la elaboración de los informes en materia contable y financiera, en los cuales se consolide la información respecto a los vigilados que presentan Riesgo Financiero. | N/A para este periodo | N/A para este periodo |
| 3.Revisar y analizar los planes de acción tendientes a la adopción de medidas por parte de los vigilados para la mitigación de los riesgos financieros identificados. | N/a para este periodo | N/A para este periodo |
| 4. Analizar las respuestas de los vigilados frente a las medidas destinadas a la mitigación | Asignación de seis (6) orfeos para trámite | orfeoReport-2024-01-31 |

| | | |
|---|---|---|
| de los riesgos financieros identificado durante la ejecución del contrato. | | |
| 5. Apoyar en la elaboración de informes en materia contable y financiera de los vigilados que reportan información a la Entidad, realizando la verificación del cumplimiento de los estándares exigidos en las Normas Internacionales de Información Financiera. | N/A para este periodo | N/A para este periodo |
| 6.Realizar el seguimiento al cumplimiento del reporte de información financiera y contable, en el Sistema Nacional de Supervisión al Transporte – VIGIA, en los términos y plazos establecidos mediante el acto administrativo de la vigencia 2023, y cronograma de trabajo del equipo subjetivo contable y financiero. | N/A para este periodo | N/A para este periodo |
| 7. Recibir y resolver las peticiones, quejas, reclamos o sugerencias – PQRS – que le sean asignados por el supervisor del contrato, que guarden relación con el objeto del contrato. | N/A para este periodo | N/A para este periodo |
| 8. Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de las obligaciones y que guarden relación con el objeto del mismo. El contratista deberá presentar evidencias y entregables según corresponda, registro fotográfico, correos y los archivos generados y del estado del material generado. | Reunión Virtual 25-01-2024 y presencial 31-01-2024, Revisión resolución nuevos vigilados | Revisión de la resolución de los nuevos vigilados al igual que se darán a conocer algunas directrices a considerar de manera grupal en la dirección para este año 2024.Hora: 8:30 a.m.-12 mLugar: Oficina Directora PyP |

NOTA: El presente es un modelo que sirve como guía para el supervisor y para el contratista. Si el informe lo requiere, se puede utilizar las hojas que sean necesarias para el mismo, se recomienda precisar la actividad desarrollada para cada tarea asignada.

| | |
|---|---|
| FIRMA<br>Contratista | FIRMA<br>Supervisor |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 51971784 | RUBER EDITH MORALES SOLANO | CRA 68 D 95 41 | 3202748802 | RUBEREMO@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-12 | 2023-12 | I | 19/12/2023 | 73395145 | $626.900 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 270.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 270.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 345.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 345.600 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 11.300 | | | | 11.300 | 0 | 0 | 11.300 | | | 113 | 11.300 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 270.000 | 270.000 |
| Pensión | 1 | 345.600 | 345.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 11.300 | 11.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 626.900 | 626.900 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 51971784 | RUBER EDITH MORALES SOLANO | | CRA 68 D 95 41 | 3202748802 | RUBEREMO@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-12 | 2023-12 | I | 19/12/2023 | 73395145 | $626.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 51971784 | MORALES SOLANO RUBER EDITH | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.160.000 | 345.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 2.160.000 | 270.000 | 14-23 | 2.160.000 | 1 | 11.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14904105776

(415)7707212489984(8020) 000001490410577 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 1 9 7 1 7 8 4 | 7 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 1 9 7 1 7 8 4 | 1 9 8 8 0 5 2 7 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MORALES | SOLANO | RUBER | EDITH |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 68 D 95 41

42. Correo electrónico: emorales1619@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 2 7 1 0 2 9 0 | 3 2 0 2 7 4 8 8 0 2 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 6 9 2 0 | 1 9 9 2 0 1 0 1 | 1 0 8 4 | 2 0 2 2 0 8 1 2 | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 5 | 2 | 2 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 03 - 22 / 08 : 29: 30

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MORALES SOLANO RUBER EDITH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO