Radicado No. 20245340836442

Fecha: 03/04/2024 13:45

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

Asunto: Remisión de Documentos para la cuenta de cobro No,03 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. 01 d e Abril de 2024

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

Asunto: Remisión de documentos para la Cuenta de Cobro N°03 del Contrato de Prestación 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.
2. Informe de ejecución de actividades del periodo. (1 original).
3. Soporte de pago de seguridad socIal

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

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

					Dia	Mes	Año
Dependencia:	**Dir. De PyP Puertos**	**Cuenta de Cobro N°:**	**3**	**Fecha de Diligenciamiento:**	**1**	**4**	**2024**

1. ACTO ADMINISTRATIVO - DATOS ESPECIFICOS

								Dia	Mes	Año
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:	**1 AL 31 DE MARZO 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:	**$ 4.230.000,00**

4. AUTORIZACION 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.



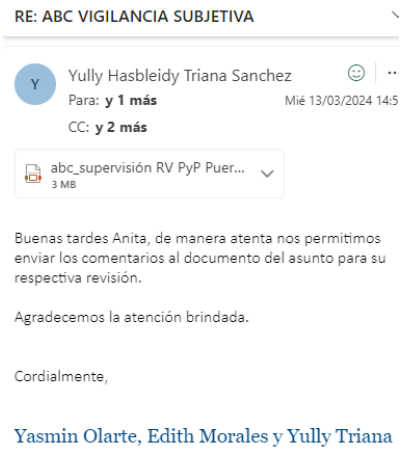
Nombre Supervisor	ANA ISABEL JIMENEZ CASTRO
Cedula de Ciudadanía	1,020,758,783
Cargo	Directora de Promoción y Prevención dela Delegatura dePuertos
Teléfono y Extensión:	3526700 ext.246

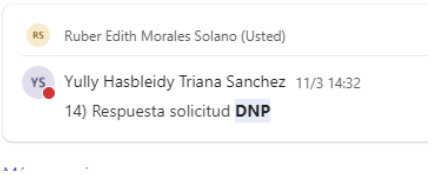
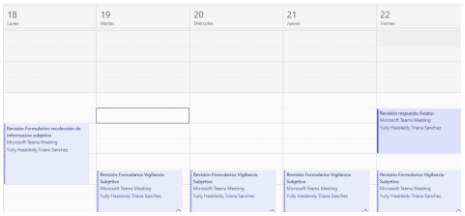
RADICADO

INFORME No. 3	
CONTRATO No. **166**	**DE FECHA:** **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: **RUBER EDITH MORALES SOLANO**	**CEDULA O NIT:** **51971784**
PERIODO DE EJECUCIÓN INFORMADO: 1 AL 31 DE MARZO 2024	
VALOR DEL CONTRATO INCLUÍDO SUS ADICIONES: **$48.645.000**	
PLAZO: **11 MESES 15 DIAS**	
EL CONTRATISTA MANIFIESTA QUE EFECTUÓ LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	

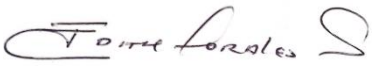
Actividades desarrolladas

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.	No se asignaron actividades para este periodo	No se asignaron actividades 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.	No se asignaron actividades para este periodo	No se asignaron actividades 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.	Siete (6) informes radicados a través de memorandos para este periodo	20246300032993(20-03-2024- 20246300031853(18-03-2024) 20246300032783(20-03-2024- 20246300034123(21-03-2024)

		20246300035403(18-03-2024) 20246300029353 (13-03-2024)
4. Analizar las respuestas de los vigilados frente a las medidas destinadas a la mitigación de los riesgos financieros identificado durante la ejecución del contrato.	Un (1) orfeo tramitado de gran Puerto S.A	Rta.20245340175232 del 10-01-2024
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.	No se asignaron actividades para este periodo	No se asignaron actividades 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.	No se asignaron actividades para este periodo	No se asignaron actividades 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.	Dos tramitados Dragamex y aviatur	Dragamex, radicado de salida:20246300150521 del 6-03-2024. Aviatur: radicado de salida; 220246300037 del 5-03-2024
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.	Apoyo en la repuesta de requerimiento información memorando ABC Vigilancia Subjetiva" Apoyo a información de DNP. Reunión del 28 de marzo seguimiento a repuesta Aviatur. Revisión de los formularios de recolección para los grupos I-II y III	Correo enviado a la dra. Ana Jiménez 13-03-2024.  RE: ABC VIGILANCIA SUBJETIVA Yully Hasbleidy Triana Sanchez Para: **y 1 más** Mié 13/03/2024 14:5 CC: **y 2 más** abc_supervisión RV PyP Puer... 3 MB Buenas tardes Anita, de manera atenta nos permitimos enviar los comentarios al documento del asunto para su respectiva revisión. Agradecemos la atención brindada. Cordialmente, Yasmin Olarte, Edith Morales y Yully Triana

	información solicitada por la OTIC	Correo enviado a la dra. Ana Jiménez el 11-03-2024 –respuesta requerimiento DNP  Reunión Presencial grupal por correo con la dra. Ana Jiménez el 28-03-2024 Mesas de trabajo para la revisión, de los formularios Grupo I-II-III. 18 al 22 de marzo. 

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 Contratista	FIRMA 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	
2024-02	2024-02	I	27/03/2024	75383982	$630.800	

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	7	1.700	0	271.700	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	7	2.100	0	347.700	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	7	100	11.400			113	11.400	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	271.700
Pensión	1	345.600	347.700
Riesgos Laborales	1	11.300	11.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	626.900	630.800

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	
2024-02	2024-02	I	27/03/2024	75383982	$630.800	

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