DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE HACIENDA
RECIBO OFICIAL DE PAGO

CONTRIBUYENTE

Contribuyente	LINNY KATHERINE CABARCAS RUA			***Identificacion***	CC 1047378939	***No Recibo Pago***
Acto	ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS VIGENCIA 2021			***Base Gravable***	$ 3.000.000	10226219325
Entidad		***Fecha Contrato***	30 de ago. de 2021	***Contrato***	2119	***Vence:*** 31-Dic-2021

Concepto	***Descripcion***	***Tarifa***	***Valor***
500	Estampilla Prodesarrollo	(2/100)	$60.000,00
600	Estampilla Proancianato	(2/100)	$60.000,00
650	ESTAMPILLA PROCULTURA	(2/100)	$60.000,00
900	DERECHO DE SISTEMATIZACIÓN	(28735)	$28.735,00
		TOTAL A PAGAR	**$208.735,00**

DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE HACIENDA
RECIBO OFICIAL DE PAGO

GOBERNACIÓN

Contribuyente	LINNY KATHERINE CABARCAS RUA			***Identificacion***	CC 1047378939	***No Recibo Pago***
Acto	ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS VIGENCIA 2021			***Base Gravable***	$ 3.000.000	10226219325
Entidad		***Fecha Contrato***	30 de ago. de 2021	***Contrato***	2119	***Vence:*** 31-Dic-2021

Concepto	***Descripcion***	***Tarifa***	***Valor***
500	Estampilla Prodesarrollo	(2/100)	$60.000,00
600	Estampilla Proancianato	(2/100)	$60.000,00
650	ESTAMPILLA PROCULTURA	(2/100)	$60.000,00
900	DERECHO DE SISTEMATIZACIÓN	(28735)	$28.735,00
		TOTAL A PAGAR	**$208.735,00**

BANCO

DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE HACIENDA
RECIBO OFICIAL DE PAGO

Contribuyente	LINNY KATHERINE CABARCAS RUA			***Identificacion***	CC 1047378939	***No Recibo Pago***
Acto	ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS VIGENCIA 2021			***Base Gravable***	$ 3.000.000	10226219325
Entidad		***Fecha Contrato***	30 de ago. de 2021	***Contrato***	2119	***Vence:*** 31-Dic-2021

Concepto	***Descripcion***	***Tarifa***	***Valor***
500	Estampilla Prodesarrollo	(2/100)	$60.000,00
600	Estampilla Proancianato	(2/100)	$60.000,00
650	ESTAMPILLA PROCULTURA	(2/100)	$60.000,00
900	DERECHO DE SISTEMATIZACIÓN	(28735)	$28.735,00
		TOTAL A PAGAR	**$208.735,00**

Estampilla Prodesarrollo($60.000,00)

(415)7709998318489(8020)102262193251(3900)00060000(96)20211231

Estampilla Proancianato($60.000,00)

(415)7709998124714(8020)102262193252(3900)00060000(96)20211231

ESTAMPILLA PROCULTURA($60.000,00)

(415)7709998252103(8020)102262193253(3900)00060000(96)20211231

DERECHO DE SISTEMATIZACIÓN($28.735,00)

(415)7709998571679(8020)102262193254(3900)00028735(96)20211231

Señores cajero y contribuyente verifiquen que el valor del pago sea igual al valor total de la factura.

ENTIDADES RECAUDADORAS: BANCO BBVA, BANCO SUDAMERIS.

GOBERNACIÓN DE BOLIVAR	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO	CODIGO: S-003 Versión: 1.01 Fecha: 19/05/2017

Turbaco, Nov 2 2021

DIRECCION FUNCION PUBLICA

INFORME DE ACTIVIDADES

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre Sep 30 2021 - Oct 29 2021, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	LINNY KATHERINE CABARCAS RUA
Identificación:	1047378939

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DE CONTRATO:	**Número:**	2119	**Fec. Suscripción:**	Ago 30 2021	**Fecha de iniciación:**	Ago 30 2021
	Duración:		**Meses:** 3	**Días:** 15	**Fecha de terminación:**	Dic 14 2021
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios profesionales para el desarrollo de las actividades propias de Bienestar de la Dirección Función Publica de la Gobernación de Bolívar					

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
1.Apoyar profesionalmente en la ejecución de actividades de seguimiento administrativo, financiero de planes, programas y proyectos que estén a cargo de Bienestar de la Dirección Función Pública. **2. Realizar los procesos administrativos y logísticos de los proyectos que son desarrollados por Bienestar de la Dirección Función Pública.** **3. Absolver consultas, emitir conceptos y aportar elementos de juicio para la toma de decisiones relacionadas con la adopción, la ejecución y el control de los distintos planes, programas y procesos que requiera bienestar de la Dirección Función Pública.** **4. Revisar los proyectos y demás documentos relacionados con el área administrativa y contable que se produzcan en Bienestar de la Dirección Función Pública o sean sometidos a su conocimiento.** **5. Orientar a Bienestar en la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos que sean de su competencia .** **6.Rendir informe mensual de los procesos asignado a la Dirección.** **7. Las demás funciones que sean requeridas por el Director de Función Pública.**	1.Apoyé profesionalmente en la ejecución de actividades de seguimiento administrativo, financiero de planes, programas y proyectos que estén a cargo de Bienestar de la Dirección Función Pública. 2. Realicé los procesos administrativos y logísticos de los proyectos que son desarrollados por Bienestar de la Dirección Función Pública. 3. Absolví consultas, emitir conceptos y aportar elementos de juicio para la toma de decisiones relacionadas con la adopción, la ejecución y el control de los distintos planes, programas y procesos que requiera bienestar de la Dirección Función Pública. 4. Revisé los proyectos y demás documentos relacionados con el área administrativa y contable que se produzcan en Bienestar de la Dirección Función Pública o sean sometidos a su conocimiento. 5. Orienté a Bienestar en la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos que sean de su competencia . 6.Rendí informe mensual de los procesos asignado a la Dirección. 7. Las demás funciones que sean requeridas por el Director de Función Pública.
Final de las obligaciones contractuales.	**Final de las actividades ejecutadas.**

5E769738-5330-4544-9D09-26508DA32429

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **LINNY KATHERINE CABARCAS RUA**

C. C. : **1047378939**



	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	DIRECCION FUNCION PUBLICA	Fecha:	2/11/2021

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$10,500,000.00			Valor a Pagar:	$3,000,000.00
Número:	2119	Fec. Suscripción:	Ago 30 2021	Fecha de iniciación:	Ago 30 2021
N° CDP:	873	Fecha:	Ago 5 2021	Fecha de terminación:	Dic 14 2021
N° RP:	5038	Fecha:	Ago 30 2021	Duración:	Meses 3 Días 15
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Sep 30 2021 - Oct 29 2021

Requiere Informe: **SI** Entregó Informe: **SI** Suspensión No.: En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de servicios profesionales para el desarrollo de las actividades propias de Bienestar de la Dirección Función Publica de la Gobernación de Bolívar

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($10,500,000.00) ; los cuales serán cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; EL DEPARTAMENTO realizará el pago del valor del contrato en (3) cuotas parciales mensuales de TRES MILLONES DE PESOS MCTE ($3.000,000.00), que se tramitarán mes vencido contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución dentro de los 5 días siguientes a la radicación de la cuenta de cobro o factura y una última cuota por valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000.00) que se tramitara una vez finalizado el plazo de ejecución del contrato dentro de los 5 días siguientes a la radicación de la cuenta de cobro. El contratista deberá presentar: informe de actividades, recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato y acreditar el cumplimiento de las obligaciones según lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 sobre el pago de las obligaciones de seguridad social Integral (Salud, Pensión y ARL), además de ello el cargue de la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II y la aprobación de la misma por parte del supervisor. PARÁGRAFO: El contratista podrá recibir recursos por concepto de gastos de viaje y tiquetes aéreos, para que se traslade fuera de la ciudad en cumplimiento de actividades específicas relacionadas con el objeto contractual y debidamente autorizadas, previa solicitud del supervisor del contrato. Para efectos del reconocimiento y pago de los tiquetes aéreos y gastos de viaje, se tomará el valor mensual del contrato como base de liquidación de los mismos, de acuerdo con la escala vigente aplicable a la Gobernación de Bolívar.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**LINNY KATHERINE CABARCAS RUA**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1047378939	DV.	
Dirección:	par recidencial el country mz 8 lt 8								
Número de Teléfono:	.			FAX:			CEL.	3014663642	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**834859089**	Banco:	**AV Villas**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X" Persona Natural: **x** Persona Jurídica: Regimen: **NO RESPONSABLE DE IVA**

Gran Contribuyente: Autoretenedor:

He verificado de esta información frente al RUT: SI: x NO:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente: SI: **X** NO: # de folios:

El informe cumple con lo estipulado en el contrato: **SI** Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: **SI** Fecha: Nov 2 2021

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: ...

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$150,000.00	Periodo	SEPTIEMBRE	Valor pagado	$192,000.00	Periodo	SEPTIEMBRE
Comprobante de pago Número:		9424979446		Comprobante de pago Número:		9424979446	
Fecha de pago:		Nov 2 2021		Fecha de pago:		Nov 2 2021	

Aportes a ARL				**NOTA:**
Valor pagado	$6,300.00	Periodo	SEPTIEMBRE	
Comprobante de pago Número:		9424979446		
Fecha de pago:		Nov 2 2021		

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

APLICACION RETENCION

Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, "Que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos".

Anexos: Copia de aporte de pensión **SI** Copia de aporte de salud **SI** Cuenta de Cobro **SI**

FIRMA CONTRATISTA: B66DA337-FB91-4798-A476-110D583DB8E8

NOMBRE CONTRATISTA: LINNY KATHERINE CABARCAS RUA

C.C.: 1047378939

FIRMA SUPERVISOR B38B4775-29BC-42FF-8829-1EA489859E6B

NOMBRE SUPERVISOR: EMMANUEL VERGARA MARTINEZ

CARGO: DIRECTOR FUNCION PUBLICA

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1047378939		CABARCAS RUA LINNY KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ. H LOTE 8	CARTAGENA-BOLIVAR	6571351	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	1188012857	9424979446	I	2021/10/11	2021/11/02	BANCO DAVIVIENDA	22	$372,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO								
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior
1	CC	1047378939	CABARCAS RUA LINNY KATHERINE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No	
Total	**Afiliados(1)**							

No.	NOVEDADES																									
	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1																										

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Integrada

							SALARIO			PENSION														SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.200.000	No		COLFONDOS	30	$ 1.200.000	16%	SIN RIESGO	$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 192.000		SANITAS	30	$ 1.200.000	12,5%	$ 150.000	$
																					$ 192.000						$ 150.000	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 150.000		COMFAMILIAR CARTAGENA	30	$ 1.200.000	2%	$ 24.000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 1.200.000	0,522%	1	$ 6.300	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 150.000						$ 24.000						$ 6.300				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1047378939		CABARCAS RUA LINNY KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ. H LOTE 8	CARTAGENA-BOLIVAR	6571351	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	1188012857	9424979446	I	2021/10/11	2021/11/02	BANCO DAVIVIENDA	22	$372,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,300	$0	$0	$6,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,300	$0	$0	$6,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,000	$0	$0	$24,000
COMFAMILIAR CARTAGENA	CCF09	890,480,110	1	1	$24,000	$0	$0	$24,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				1	$372,300	$0	$0	$372,300