**DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR**
**SECRETARÍA DE HACIENDA**
RECIBO OFICIAL DE PAGO

CONTRIBUYENTE

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Contribuyente*** | MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE | | | ***Identificacion*** | CC | 1067957662 | ***No Recibo Pago*** |
| ***Acto*** | OPS - ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | | | ***Base Gravable*** | $ 3.500.000 | | 10226625560 |
| ***Entidad*** | | ***Fecha Contrato*** | 6 de mar. de 2023 | ***Contrato*** | 910 | | ***Vence:*** 31-Dic-2023 |
| ***Concepto*** | ***Descripcion*** | | | | ***Tarifa*** | | ***Valor*** |
| 500 | Estampilla Prodesarrollo | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 600 | Estampilla Proancianato | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 650 | ESTAMPILLA PROCULTURA | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 900 | DERECHO DE SISTEMATIZACIÓN | | | | (34332) | | $34.332,00 |
| | | | | | | ***TOTAL A PAGAR*** | **$244.332,00** |


**DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR**
**SECRETARÍA DE HACIENDA**
RECIBO OFICIAL DE PAGO


GOBERNACIÓN


| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Contribuyente*** | MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE | | | ***Identificacion*** | CC | 1067957662 | ***No Recibo Pago*** |
| ***Acto*** | OPS - ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | | | ***Base Gravable*** | $ 3.500.000 | | 10226625560 |
| ***Entidad*** | | ***Fecha Contrato*** | 6 de mar. de 2023 | ***Contrato*** | 910 | | ***Vence:*** 31-Dic-2023 |
| ***Concepto*** | ***Descripcion*** | | | | ***Tarifa*** | | ***Valor*** |
| 500 | Estampilla Prodesarrollo | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 600 | Estampilla Proancianato | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 650 | ESTAMPILLA PROCULTURA | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 900 | DERECHO DE SISTEMATIZACIÓN | | | | (34332) | | $34.332,00 |
| | | | | | | ***TOTAL A PAGAR*** | **$244.332,00** |

**DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR**
**SECRETARÍA DE HACIENDA**
RECIBO OFICIAL DE PAGO


BANCO


| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Contribuyente*** | MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE | | | ***Identificacion*** | CC | 1067957662 | ***No Recibo Pago*** |
| ***Acto*** | OPS - ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | | | ***Base Gravable*** | $ 3.500.000 | | 10226625560 |
| ***Entidad*** | | ***Fecha Contrato*** | 6 de mar. de 2023 | ***Contrato*** | 910 | | ***Vence:*** 31-Dic-2023 |
| ***Concepto*** | ***Descripcion*** | | | | ***Tarifa*** | | ***Valor*** |
| 500 | Estampilla Prodesarrollo | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 600 | Estampilla Proancianato | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 650 | ESTAMPILLA PROCULTURA | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 900 | DERECHO DE SISTEMATIZACIÓN | | | | (34332) | | $34.332,00 |
| | | | | | | ***TOTAL A PAGAR*** | **$244.332,00** |


Estampilla Prodesarrollo($70.000,00)

(415)7709998318489(8020)102266255601(3900)00070000(96)20231231

Estampilla Proancianato($70.000,00)

(415)7709998124714(8020)102266255602(3900)00070000(96)20231231

ESTAMPILLA PROCULTURA($70.000,00)

(415)7709998252103(8020)102266255603(3900)00070000(96)20231231

DERECHO DE SISTEMATIZACIÓN($34.332,00)

(415)7709998571679(8020)102266255604(3900)00034332(96)20231231

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

ENTIDADES RECAUDADORAS: BANCO BBVA, BANCO SUDAMERIS.

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

| Dependencia: | OFICINA DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES | Fecha: | 23/5/2023 |
|---|---|---|---|

**ACTO ADMINISTRATIVO**

**DATOS DEL CONTRATO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valor Contrato: | $14,000,000.00 | | | Valor a Pagar: | $3,500,000.00 |
| Número: | 910 | Fec. Suscripción: | Mar 6 2023 | Fecha de iniciación: | Mar 6 2023 |
| N° CDP: | 57 | Fecha: | Ene 26 2023 | Fecha de terminación: | Jul 5 2023 |
| N° RP: | 1334 | Fecha: | Mar 6 2023 | Duración: | Meses 4 Días 0 |
| Rubro Presupuestal: | Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios | | | Periodo a pagar: | Abr 6 2023 - May 5 2023 |
| 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 la Oficina de Gestión del Riesgo de Desastres.

**FORMA DE PAGO:**

El valor total estimado del contrato es la suma de CATORCE MILLONES PESOS MCTE ($14.000,000.00) ; 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 cuotas parciales mensuales de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($3,500,000.00),, 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. 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: | **MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE** | | | | | | | | |
| Identificación: | Tipo de documento: | Cédula | X | Nit. | | Número: | 1067957662 | DV. | |
| Dirección: | IDIS IBIS | | | | | | | | |
| Número de Teléfono: | 0 | | | FAX: | | | CEL. | 3163891746 | |
| Clase y número de cuenta: | Corriente: | | Ahorros | **X** | Número: | **16600015471** | Banco: | **BANCOLOMBIA** | |

**ASPECTOS TRIBUTARIOS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Marque con "X" | Persona Natural: | x | Persona Jurídica: | |
| | Gran Contribuyente: | | Autoretenedor: | |

Regimen: **NO RESPONSABLE DE IVA**

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: May 23 2023

**Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas:** Prestación de Servicios profesionales para el desarrollo de las actividades propias de la Oficina de Gestión del Riesgo de Desastres.

**APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

**Persona Natural:**

| **Aportes a Salud** | | | **Aportes a Pensión** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valor pagado | $175,000.00 | Periodo ABRIL | Valor pagado | $224,000.00 | Periodo ABRIL |
| Comprobante de pago Número: | 7878404329 | | Comprobante de pago Número: | 7878404329 | |
| Fecha de pago: | Abr 17 2023 | | Fecha de pago: | Abr 17 2023 | |

| **Aportes a ARL** | | | **NOTA:** |
|---|---|---|---|
| Valor pagado | $34,200.00 | Periodo ABRIL | |
| Comprobante de pago Número: | 7878404329 | | |
| Fecha de pago: | Abr 17 2023 | | |

**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:** C739F63E-3750-44DE-8D60-7A45FEBAB741

**NOMBRE CONTRATISTA:** MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE

**C.C.:** 1067957662

**FIRMA SUPERVISOR** D1CE1EED-DDD1-4466-A7E1-345CACE109F1

**NOMBRE SUPERVISOR:** JOSE REIMUNDO RICAURTE GOMEZ

**CARGO:** JEFE DE OFICINA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

| GOBERNACIÓN DE BOLIVAR | **FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS** | **CODIGO: S-003**<br>**Versión: 1.01**<br>**Fecha: 19/05/2017** |
|---|---|---|

**Turbaco, May 23 2023**

**OFICINA DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES**

## INFORME DE ACTIVIDADES

**En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre Abr 6 2023 - May 5 2023, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:**

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE |
| **Identificación:** | 1067957662 |

### DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **DATOS DE CONTRATO:** | **Número:** | 910 | **Fec. Suscripción:** | Mar 6 2023 | **Fecha de iniciación:** | Mar 6 2023 |
| | **Duración:** | | **Meses:** 4 | **Días:** 0 | **Fecha de terminación:** | Jul 5 2023 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | Prestación de Servicios profesionales para el desarrollo de las actividades propias de la Oficina de Gestión del Riesgo de Desastres. | | | | | |

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | ACTIVIDADES EJECUTADAS |
|---|---|
| **1. Realizar visitas técnicas a los escenarios e infraestructura de la entidad donde se presenten daños y emergencias por calamidad pública donde se requieren.**<br>**2. Brindar asistencia técnica y profesional en la formulación de los diferentes proyectos adelantados por la OFICINA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRE con enfoque en la población los damnificados por emergencia y desastres en el marco de la calamidad pública en el departamento.**<br>**3. Brindar acompañamiento y asistencia en los requerimientos y solicitudes para la atención de los daños y damnificados.**<br>**4. Apoyar en la tabulación, organización de la información recopilada, para rendir informe**<br>**5. Emitir concepto y aportar elemento de juicio para la toma de decisiones de la oficina de Riesgo.**<br>**6. Realizar todas aquellas actividades y recomendaciones para las asistencias técnicas requeridas por el supervisor y que hagan parte del desarrollo en el marco de la calamidad pública en conjunto con los comités municipales de gestión del riesgo en el Departamento de Bolívar.** | 1. Realice visitas técnicas a los escenarios e infraestructura de la entidad donde se presenten daños y emergencias por calamidad pública donde se requieren<br>.2. Brinde asistencia técnica y profesional en la formulación de los diferentes proyectos adelantados por la OFICINA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRE con enfoque en la población los damnificados por emergencia y desastres en el marco de la calamidad pública en el departamento.<br>3. Brinde acompañamiento y asistencia en los requerimientos y solicitudes para la atención de los daños y damnificados.<br>4. Apoye en la tabulación, organización de la información recopilada, para rendir informe<br>5. Emiti concepto y aportar elemento de juicio para la toma de decisiones de la oficina de Riesgo.<br>6. Realice todas aquellas actividades y recomendaciones para las asistencias técnicas requeridas por el supervisor y que hagan parte del desarrollo en el marco de la calamidad pública en conjunto con los comités municipales de gestión del riesgo en el Departamento de Bolívar. |
| **Final de las obligaciones contractuales.** | **Final de las actividades ejecutadas.** |

C739F63E-3750-44DE-8D60-7A45FEBAB741

**FIRMA DEL CONTRATISTA**

**NOMBRE DEL CONTRATISTA:** **MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE**

**C. C. :** **1067957662**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1067957662 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 25 #7-83 APTO 102 EDIFICIO IBIS | TELÉFONO: | 7896046 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 03 - INDEPENDIENTE |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7878404329** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | abril AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/04/17 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 2029571667 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 185.600 | $ 0 | $ 185.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 185.600** | **$ 0** | **$ 185.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 145.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 145.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 12.200 | $ 12.200 | $ 0 | $ 0 | $ 12.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 12.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 12.200** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1067957662 | CASTILLA LLORENTE MARIA MARGARITA | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 1.160.000 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | $ 145.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.160.000 | 106795766 | $ 12.200 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 342.800** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1067957662 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 25 #7-83 APTO 102 EDIFICIO IBIS | TELÉFONO: | 7896046 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 03 - INDEPENDIENTE |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7879659584** | TIPO DE PLANILLA: | | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES abril AÑO 2023 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES abril AÑO | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/05/02 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 2055878005 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 7878404329 | | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | | 2023/04/17 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 38.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 38.400 | $ 0 | $ 38.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 38.400** | **$ 0** | **$ 38.400** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 30.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 30.000 | $ 0 | $ 0 | $ 30.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 30.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 30.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 22.000 | $ 22.000 | $ 0 | $ 0 | $ 22.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 22.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 22.000** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | | | | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1067957662 | CASTILLA LLORENTE MARIA MARGARITA | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 1.160.000 | | | | NO | 01 | | | | | | A | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | $ 145.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.160.000 | 106795766 | $ 12.200 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1067957662 | CASTILLA LLORENTE MARIA MARGARITA | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 1.400.000 | | | | NO | 01 | | | | | | C | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.400.000 | $ 224.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 224.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.400.000 | $ 175.000 | $ 0 | $ 175.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.400.000 | 106795766 | $ 34.200 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1067957662 | CASTILLA LLORENTE MARIA MARGARITA | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 1.400.000 | | | | NO | 01 | | | | | | R | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 0 | $ 240.000 | $ 38.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 38.400 | EPS002-SALUD TOTAL | 0 | $ 240.000 | $ 30.000 | $ 0 | $ 30.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 0 | $ 240.000 | 106795766 | $ 22.000 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 90.400** |

| GOBERNACIÓN DE BOLIVAR | ACTA DE INICIO CONTRATOS | CODIGO: Safe 001<br>Versión: 2.01<br>Fecha:<br>02/01/2018 |
|---|---|---|

| Dependencia: | OFICINA DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES |
|---|---|

**En Turbaco, a los Seis (6) de Marzo de 2023, se reunieron MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE, identificado con la cedula de Ciudadanía No 1067957662, en su calidad de Contratista y JOSE REIMUNDO RICAURTE GOMEZ en su calidad de supervisor, con el fin de dar inicio al contrato N° 910 de 2023.**

## DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

**DATOS DEL CONTRATO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Número: | 910 | Fec. Suscripción: | Mar 6 2023 | Fecha de iniciación: | Mar 6 2023 |
| N° CDP: | 57 | Fecha: | Ene 26 2023 | Fecha de terminación: | Jul 5 2023 |
| Rubro Presupuestal: | Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios | | | | |
| N° RP: | 1334 | Fecha: | Mar 6 2023 | Duración: | Meses 4 Días 0 |
| Valor Contrato: | Catorce millones de pesos mcte($14,000,000.00) | | | | |
| Valor Mensual: | Tres millones quinientos mil pesos mcte($3,500,000.00) | | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:**

Prestación de Servicios profesionales para el desarrollo de las actividades propias de la Oficina de Gestión del Riesgo de Desastres.

**OBLIGACIONES DEL CONTRATO**

1. Realizar visitas técnicas a los escenarios e infraestructura de la entidad donde se presenten daños y emergencias por calamidad pública donde se requieren.2. Brindar asistencia técnica y profesional en la formulación de los diferentes proyectos adelantados por la OFICINA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRE con enfoque en la población los damnificados por emergencia y desastres en el marco de la calamidad pública en el departamento.3. Brindar acompañamiento y asistencia en los requerimientos y solicitudes para la atención de los daños y damnificados. 4. Apoyar en la tabulación, organización de la información recopilada, para rendir informe 5. Emitir concepto y aportar elemento de juicio para la toma de decisiones de la oficina de Riesgo.6. Realizar todas aquellas actividades y recomendaciones para las asistencias técnicas requeridas por el supervisor y que hagan parte del desarrollo en el marco de la calamidad pública en conjunto con los comités municipales de gestión del riesgo en el Departamento de Bolívar.7. Vigilar el cumplimiento de la legislación para el cuidado del medio ambiente.8. Asesorar a la Oficina de Gestión del Riesgo de Desastresen la proyección de respuestas a los requerimientos presentados por particulares y/o órganos de control. Territorial con el fin de apoyar en la elaboración de los informes requeridos.9.Atender los requerimientos y visitas técnica de las autoridades de control urbano y entes de control.10. Participar en las reuniones y mesas de trabajo donde el supervisor del contrato lo designe.11. 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 programas y procesos de la Gobernación que lo requieran.12. Las demás que se le asigne por parte del supervisor.

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | **MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE** | | |
| Identificación: | **1067957662** | | |
| Dirección: | IDIS IBIS | | |
| Número de Teléfono: | 0 | CEL | 3163891746 |
| **PERFIL DEL CONTRATISTA** | UN PROFESIONAL EN INGENIERÍA AMBIENTAL Y/O CIVIL | | |

93754E92-78C2-4E1F-AB00-793AE2E8DFBF

FIRMA CONTRATISTA:

NOMBRE CONTRATISTA: MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE

C.C.: 1067957662

39B27A54-F92D-4AED-BC68-38F8D337BD60

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: JOSE REIMUNDO RICAURTE GOMEZ

CARGO: JEFE DE OFICINA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

**DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR**
**SECRETARÍA DE HACIENDA**
RECIBO OFICIAL DE PAGO

CONTRIBUYENTE

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Contribuyente*** | MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE | | | ***Identificacion*** | CC | 1067957662 | ***No Recibo Pago*** |
| ***Acto*** | OPS - ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | | | ***Base Gravable*** | $ 3.500.000 | | 10226625560 |
| ***Entidad*** | | ***Fecha Contrato*** | 6 de mar. de 2023 | ***Contrato*** | 910 | | ***Vence:*** 31-Dic-2023 |
| ***Concepto*** | ***Descripcion*** | | | | ***Tarifa*** | | ***Valor*** |
| 500 | Estampilla Prodesarrollo | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 600 | Estampilla Proancianato | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 650 | ESTAMPILLA PROCULTURA | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 900 | DERECHO DE SISTEMATIZACIÓN | | | | (34332) | | $34.332,00 |
| | | | | | | ***TOTAL A PAGAR*** | **$244.332,00** |


**DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR**
**SECRETARÍA DE HACIENDA**
RECIBO OFICIAL DE PAGO


GOBERNACIÓN


| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Contribuyente*** | MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE | | | ***Identificacion*** | CC | 1067957662 | ***No Recibo Pago*** |
| ***Acto*** | OPS - ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | | | ***Base Gravable*** | $ 3.500.000 | | 10226625560 |
| ***Entidad*** | | ***Fecha Contrato*** | 6 de mar. de 2023 | ***Contrato*** | 910 | | ***Vence:*** 31-Dic-2023 |
| ***Concepto*** | ***Descripcion*** | | | | ***Tarifa*** | | ***Valor*** |
| 500 | Estampilla Prodesarrollo | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 600 | Estampilla Proancianato | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 650 | ESTAMPILLA PROCULTURA | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 900 | DERECHO DE SISTEMATIZACIÓN | | | | (34332) | | $34.332,00 |
| | | | | | | ***TOTAL A PAGAR*** | **$244.332,00** |

**DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR**
**SECRETARÍA DE HACIENDA**
RECIBO OFICIAL DE PAGO


BANCO


| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Contribuyente*** | MARIA MARGARITA CASTILLA LLORENTE | | | ***Identificacion*** | CC | 1067957662 | ***No Recibo Pago*** |
| ***Acto*** | OPS - ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | | | ***Base Gravable*** | $ 3.500.000 | | 10226625560 |
| ***Entidad*** | | ***Fecha Contrato*** | 6 de mar. de 2023 | ***Contrato*** | 910 | | ***Vence:*** 31-Dic-2023 |
| ***Concepto*** | ***Descripcion*** | | | | ***Tarifa*** | | ***Valor*** |
| 500 | Estampilla Prodesarrollo | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 600 | Estampilla Proancianato | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 650 | ESTAMPILLA PROCULTURA | | | | (2/100) | | $70.000,00 |
| 900 | DERECHO DE SISTEMATIZACIÓN | | | | (34332) | | $34.332,00 |
| | | | | | | ***TOTAL A PAGAR*** | **$244.332,00** |


Estampilla Prodesarrollo($70.000,00)

(415)7709998318489(8020)102266255601(3900)00070000(96)20231231

Estampilla Proancianato($70.000,00)

(415)7709998124714(8020)102266255602(3900)00070000(96)20231231

ESTAMPILLA PROCULTURA($70.000,00)

(415)7709998252103(8020)102266255603(3900)00070000(96)20231231

DERECHO DE SISTEMATIZACIÓN($34.332,00)

(415)7709998571679(8020)102266255604(3900)00034332(96)20231231

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

ENTIDADES RECAUDADORAS: BANCO BBVA, BANCO SUDAMERIS.