



GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL

Fecha de aprobación:
14/01/2021

LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN

Versión: 02

Aprobado por: Jefe de planeación

LISTA DE CHEQUEO

Contrato: CPS OPS
 Asista: Katia Bawa Gomez Rep. Legal:
 Supervisor: Teddy Williams Valor del contrato:

ETAPA PRECONTRACTUAL

En caso de ser Persona Única deberá presentar la documentación de la empresa y el Representante legal

DOCUMENTOS	Cumple		No aplica	C.I
	Sí	No		
Formato Único de Hoja de vida (original, diligenciada, firmada y sus respectivos anexos) Persona natural y/o Jurídica	✓			
Declaración Juramentada de Bienes y Rentas (original, diligenciada y firmada)	✓			
Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía	✓			
Fotocopia OCCRE	✓			
Fotocopia de la Libreta Militar < 50 años			✓	
Certificado Antecedentes Judiciales (no superior a 3 meses) Persona natural y/o Jurídica	✓			
Certificado de Antecedentes disciplinarios Procuraduría (no superior a 3 meses) Persona natural y/o Jurídica	✓			
Certificado de Antecedentes Fiscales de la Contraloría (no superior a 3 meses) Persona natural /Jurídica	✓			
Certificado de medidas correctivas RNMC (no superior a 3 meses) Persona natural y/o Jurídica	✓			
Certificados de estudios	✓			
Certificados de experiencia	✓			
Registro Único Tributario - RUT	✓			
Afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral	✓			
Inscripción SECOP	✓			
Certificado de Cuenta Bancaria	✓			
Certificado de Existencia y Representación Legal			✓	
Estudio de Conveniencia				
Certificado de Disponibilidad Presupuestal				
Competencias del cargo				
Certificado medico ocupacional (no superior a 2 años)	✓			

FIRMAS DE REVISIÓN

Supervisor del contrato	Director Jurídico	Jefe de Control Interno

	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 14/01/2021
	LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN	Versión: 02
	Aprobado por: Jefe de planeación	

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL					
No	DOCUMENTOS	Cumple		No aplica	C.I.
		Sí	No		
21	Declaración de Renta				
22	Estados financieros				
23	Registro Único de Proponentes - RUP				
24	Pago de parafiscales				
25	Cotización				
26	Formato de escogencia de oferente				
27	Certificado de Contador Público				
ETAPA CONTRACTUAL Y DE EJECUCIÓN					
28	Contrato				
29	Póliza				
30	Resolución de aprobación de póliza				
31	Afiliación a Riesgos Laborales				
32	Certificado de Registro Presupuestal				
33	Acta de inicio				
34	Informe final de ejecución				
35	Acta de liquidación				
ADICIONAL					
36	Otrosí				
37	Archivo				

FIRMAS DE REVISIÓN		
Supervisor del contrato	Director Jurídico	Jefe de Control Interno

ANOTACIONES

1. Cada dependencia responsable debe velar por la idoneidad de los documentos que solicita al contratista, así como de la veracidad de los que debe expedir. Lo cual garantiza con su firma.
2. La custodia del contrato queda en cabeza del Director Jurídico, o del personal que se contrate para tal fin, hasta que se suscriba Acta de Liquidación, momento en el cual se realizará el respectivo archivo.
3. La Oficina de Control Interno deberá verificar el cumplimiento de toda la documentación anteriormente mencionada.

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.

Estación Simón Bolívar, Shigle Hill, la Loma
Tel. 098-513 2047 Fax. 098-513 2799
San Andrés Islas, Colombia



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Bowie	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Gomez	NOMBRES Katia Luisa
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 23249592	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS _____
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA 27 MES 07 AÑO 1982 DEPTO Archipiélago MUNICIPIO San Andrés Isla	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Loma Barack PAÍS Colombia DEPTO. _____ MUNICIPIO San Andrés Isla TELÉFONO 320937797 EMAIL Katibow27@gmail.com	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	<input checked="" type="checkbox"/>	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
INGLES		X			X				X
Español		X			X				X

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Fundación Prosegland	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Archipiélago	MUNICIPIO Providencia	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Fundacionprosegland@prosegland.com	
TELÉFONOS 3103776442-310209115	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL Presentador	DEPENDENCIA Producción	DIRECCIÓN Fresh water bar	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Yuma Video cine	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Archipiélago	MUNICIPIO Providencia	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD elsalchinos@yumavideocine.com	
TELÉFONOS 1-7595321	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>
CARGO O CONTRATO Presentador	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Leopoldo Penabaz Newball	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Archipiélago	MUNICIPIO San Andrés Isla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3125738350	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO Presentador	DEPENDENCIA Producción Agorine	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO SECTOR PRIVADO	1	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Katya Balle G.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



**FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA				
1.1. DE BIENES Y RENTAS				
YO, <u>Katia Luisa Bowie Gomez</u>				
IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° <u>23249592</u> CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:				
País <u>Colombia</u>		Departamento <u>Archipelago</u>		Municipio <u>San Andres 106</u>
Dirección <u>Loma Barrack Casa 47-94</u>			Teléfonos <u>320 537 779</u>	
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	
<u>Betty Luisa Gomez Bernard</u>		<u>39150 902</u>	<u>Madre</u>	
<u>Gandy Rene Myles Bowie</u>		<u>1080.221.633</u>	<u>hija</u>	
<u>Clasha Leibel Bowie</u>		<u>1120 980038</u>	<u>hijo</u>	
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO			VALOR	
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES			<u>3000.000</u>	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS				
GASTOS DE REPRESENTACION			-	
ARRIENDOS			-	
HONORARIOS			-	
OTROS INGRESOS Y RENTAS			-	
TOTAL			\$ <u>3000.000</u>	
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Banco Bogota</u>	<u>Ahorro</u>	<u>54019767</u>	<u>San Andres</u>	<u>000</u>
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN		VALOR	

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Kate Bowie G.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFF-OAP

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **23.249.592**

BOWIE GOMEZ

APELLIDOS

KATIA LUISA

NOMBRES

Katia Bowie
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **27-JUL-1982**

SAN ANDRES
(SAN ANDRES)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

13-MAR-2003 PROVIDENCIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-5600400-01099001-F-0023249592-20190917

0067712801G 1

46835157



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS



RAIZAL

CC 23249592

KATIA LUISA
BOWIE GOMEZ

Date of Birth 27/07/1982

Place of Birth SAN ANDRES ISLAS

RH A+ Height NA

Live in Providencia



Signature

Date Issue
24/09/2019

Note

RAIZAL DUPLICADO
REEMPLAZA LA
T.O.C. 214502.



OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA

LOS RESIDENTES TEMPORALES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LOS ARTICULOS 5 Y 10 DEL DECRETO 2762 DE 1.991 SOLO PODRAN EJECUTAR LAS ACTIVIDADES Y POR EL TIEMPO PARA EL CUAL HAN SIDO AUTORIZADOS CON EL PORTE DE ESTA TARJETA.



THE TEMPORAL RESIDENTS IN ACCORDING TO THE ARTICLES 5 AND 10 OF THE DECREE 2762 OF 1.991 DURING THE TIME THEY HAVE BEEN AUTHORIZED CAN ONLY EXECUTE THE ACTIVITY THAT MOTIVATED THE CONFERRING OF THIS CARD.

E. JARAMIL - 0037402

© 08/2003-41415

0037402



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:40:04 horas del 17/02/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **23249592**

Apellidos y Nombres: **BOWIE GOMEZ KATIA LUISA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Calle 18A # 69F-45
Zona Industrial, barrio
Montevideo, Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a
viernes 7:00 am a 1:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
51 59700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



Gobierno en
Línea



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL, INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 17 de febrero de 2021, a las 11:30:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
Nb. Identificación	23249592
Código de Verificación	23249592210217113046

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.


SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO

No. 161603742



WEB

11:20:48

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 de febrero del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) KATIA LUISA BOWIE GOMEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 23249592:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

dirigido únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado



Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN B. REPORTE DE NOVEDADES

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia b) Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio

3. RÉGIMEN: C. Contributivo S. Subsidiado

4. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante B. Beneficiario C. Dependiente D. Independiente por prestación de servicio

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado D. Independiente por prestación de servicio

CÓDIGO: _____ FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMERO APELLIDO Bonilla SEGUNDO APELLIDO Gómez PRIMERO NOMBRE KAROL SEGUNDO NOMBRE LOISA

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. T.I. C.C. E. P.A. C.D. S.C. P.E.

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 23249592 9. SEXO: M 10. FECHA NACIMIENTO: 27 07 1982

DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: _____ 12. DISCAPACIDAD: Tipo F N M Condición T P

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN: _____ 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: _____

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: _____

6. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: _____ 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 13 10000 PARIACU

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: 13 10000 PARIACU

CIUDAD / MUNICIPIO: SUF DEPARTAMENTO: CAI ZONA: U. R. TELÉFONO FIJO: _____

TELÉFONO MÓVIL: 3205377970 CORREO ELECTRÓNICO: _____ CÓDIGO IPS: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMERO APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ PRIMERO NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. E. P.A. C.D. P.E.

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ 22. SEXO: F M 23. FECHA NACIMIENTO: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

CÓDIGO IPS: _____

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO			28. FECHA DE NACIMIENTO			29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD				
			F	M		DÍA	MES	AÑO			Tipo	Condición			
	CN RC TI CC CE PA SC PE										F	N	M	T	P
	CN RC TI CC CE PA SC PE										F	N	M	T	P
	CN RC TI CC CE PA SC PE										F	N	M	T	P
	CN RC TI CC CE PA SC PE										F	N	M	T	P

32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio. _____ Departamento _____ Zona: R. U. Teléfono Fijo _____ Teléfono Móvil _____

33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Le diligencie la EPS): _____

34. Nombre y código de la IPS: _____

EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRÁFICA UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN SERVICIO AVALADO POR SNS

NIVEL DE SISBEN: I. II.

GRUPO POBLACIONAL: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: Inde Pinduz 36. Tipo documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. N.I. P.E.

37. Número documento de identidad: _____ DV: _____ 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: _____

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CIUDAD / MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____ TELÉFONO FIJO _____ TELÉFONO MÓVIL _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ CARGO _____ SALARIO _____

3. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD:

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN 8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES 13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN 9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR 14. TRASLADO: A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN

3. REALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO 15. REPORTE DE FALLECIMIENTO

4. REALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS 11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS 16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE

5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS 12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS 17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO

6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

II. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: PRIMERO APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ PRIMERO NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. T.I. C.C. E. P.A. C.D. S.C. P.E.

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ SEXO: F M FECHA NACIMIENTO: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

42. FECHA (a partir de): DÍA _____ MES _____ AÑO _____ 43. EPS ANTERIOR Código: _____

44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRÁFICA UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN SERVICIO AVALADO POR SNS

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES: _____

III. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.

49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

III. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Karla Bonilla

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio: _____

IV. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PE

Cantidad: _____ Total: _____

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

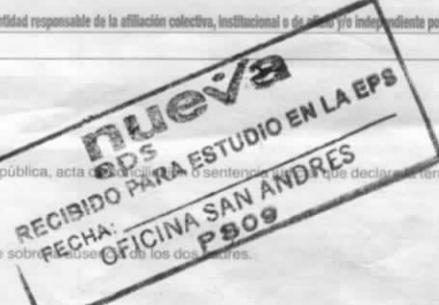
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la pérdida de los padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.



K. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio _____ Código del departamento _____

67. Datos del SISBEN: Número de ficha _____ Puntaje _____ Nivel _____

68. Fecha de radicación: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

69. Fecha de validación: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

D. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Tipo documento de identidad _____ Número del documento de identidad _____

71. Firma del funcionario: _____

REMARKS:

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

Diligencie el formulario en letra impresa, legible, sin borrones ni tachones. Los datos de identificación se deben diligenciar como aparece en el documento de identidad vigente. Los espacios sombreados son para el diligenciamiento por la EPS o la Entidad Territorial correspondiente. Los trámites de afiliación o novedades, puede realizarlos solamente el cotizante, el cabeza de familia, el representante institucional o el representante autorizado en afiliaciones de oficio.

DATOS DEL TRÁMITE

- Tipo de trámite.** Marque con una X el tipo de trámite que va a realizar.
 - A. Afiliación.** Si la persona se va a registrar por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Si ha estado antes en una EPS, el trámite no corresponde a una afiliación, sino a una novedad.
 - B. Reporte de Novedad.** Si usted va a comunicar algún cambio en los datos, ya sean suyos, de sus beneficiarios, o de la condición en el aseguramiento.
- Tipo de afiliación**
 - A. Individual:** La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones. Se debe colocar una X en la opción que correspondiente: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.
 - a) Cotizante o cabeza de familia.
 - b) Beneficiario o afiliado adicional
 - B. Colectiva:** La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.
 - C. Institucional:** La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliarse se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.
 - D. De oficio:** La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social — UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarias de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

- Régimen**
 - C. Contributivo.** Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad es en el R. Contributivo.
 - S. Subsidiado.** Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad es en el R. Subsidiado.
- Tipo de Afiliado**
 - CO: Cotizante.** Es el afiliado que paga aportes al Sistema en el Régimen Contributivo, y es el cabeza del grupo familiar.
 - CF: Cabeza de familia.** Es el afiliado que recibe subsidio del SGSSS, y es el cabeza de su grupo familiar.
 - BE: Beneficiario.** Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inserto como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.
- Tipo de cotizante.** Corresponde a las opciones de condición del cotizante, al momento de su afiliación. Marque con una X la opción que corresponda:
 - Dependiente:** Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.
 - Independiente:** Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.
 - Pensionado:** Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.
 - Independiente por prestación de servicio:** Seleccione este tipo de cotizante, si tiene un contrato por prestación de servicio y la empresa con la cual tiene el contrato realizará el pago de las cotizaciones; en este caso debe diligenciar la información contenida en el Capítulo V.

Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente. **Fecha de solicitud.** Debe escribir la fecha en la que se está haciendo el trámite, colocando, día, mes y año.

A. AFILIACION

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe: Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia. Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación. Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa. Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan. Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso. - Marcar con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda. Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe: Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la EPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación. Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015. Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X. - Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53. - Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio". - Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan. - Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

CAPÍTULO II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o del cabeza de familia)

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

- 6. Apellidos y nombres:** Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad. - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre.
- 7. Tipo de documento de identidad:** Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO
CN	Corresponde al Certificado de Nacimiento Vivo, expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el niño o niña, y solo es válido hasta máximo el tercer mes de vida, después de lo cual debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	Corresponde al Registro Civil de Nacimiento, expedido por una notaría pública. Escriba el número del Registro Civil de 11 dígitos. NO EL NÚMERO SERIAL.
TI	Corresponde a la Tarjeta de identidad, válida hasta cumplir 18 años, cuando debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía. Consta de 10 números.
CC	Corresponde a la Cédula de Ciudadanía, expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil, a las personas que cumplen 18 años, y es obligatoria a partir de esta fecha. Consta de 10 dígitos.
CE	Corresponde a la Cédula de Extranjería expedida solo para extranjeros, por la Oficina respectiva de Migración Colombia.
PA	Corresponde al Pasaporte, y es el documento que acredita la identidad y la nacionalidad de una persona al ingresar a otro país, y es expedido por la Consular.
CD	Corresponde al Carné Diplomático, expedido a aquellos que cumplen funciones como personal de embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros. Aplica solo en la afiliación de este tipo de funcionarios.
SC	Corresponde al Salvo Conducto de permanencia y es un documento de carácter temporal que expide la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia al extranjero que así lo requiera.
PE	Permiso Especial de Permanencia.

8. Número del documento de identidad: Es el número con el cual se identifica como persona física y debe registrarse exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo. **9. Sexo:** Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad. **10. Fecha de nacimiento:** Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales: Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda. **11. Etnia:** En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO	ÉTNIA
01	Indígena
02	Rom (gitano)
03	Raíz (San Andrés y Providencia).
04	Palestino (San Basilio de Palenque).
05	Negro(a), Afrocolombiano(a).

12. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente. **Tipo de discapacidad:** Marque con una X la opción: **F:** Física; **N:** Neuro-sensorial; **M:** Mental. **Condición de discapacidad:** Marque con una X la opción: **T:** Temporal; **P:** Permanente.

13. Puntaje SISBEN: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisben. **14. Grupo poblacional o población especial,** corresponde a la clasificación de la población que ha sido elegible para el subsidio de salud mediante el mecanismo de listado censal, como lo establecen las distintas normas vigentes sobre el particular. Debe escribir el código numérico en el espacio que corresponda, según la siguiente tabla:

CÓDIGO	GRUPO POBLACIONAL
02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF.
08	Población desmovilizada
09	Víctimas del conflicto armado.
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena
18	Población Rom
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24. Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 06, 10, 16, 22.

15. Administradora de Riesgos Laborales — ARL: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales, donde se encuentra afiliado. **16. Administradora de Pensiones:** Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

17. Ingreso Base de Cotización — IBC: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia: Registre su dirección de residencia actual, de acuerdo a la nomenclatura de la DIAN o Registro Municipal. - Teléfono (fijo o celular, o ambos) - Barrio - Departamento - Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia - Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito. - Correo electrónico: Registro importante para comunicarle su estado de afiliación y otras novedades. - Código de IPS.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante: Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV de la filiación del cotizante el cónyuge o compañero (a) Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad. - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo: Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales: En las filas identificadas con los códigos 1, 2, 3, y 4 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite. **24. Apellidos y nombres:** Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad. Apellidos y nombres completos.

25. Tipo de documento de identidad: Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

26. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

27. Sexo: Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios **29. Parentesco:** En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
CP	Compañero(a) permanente (incluyendo los parajes del mismo sexo)	Con unión marital de hecho.
HI	Hijos menores de veinticuatro (24) años de edad	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Tos hijos de cualquier edad	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de los parajes del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HIB	Los hijos de los beneficiarios	San los hijos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MD	Los menores de veinticuatro (24) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren bajo el tener grado de consanguinidad, como consanguineos del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando éste no lasobre como beneficiario ni cónyuge o compañera (a) permanente o a los hijos.
MC	Menores de dieciocho (18) años en custodia.	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad que dependa económicamente del cotizante y se encuentre en el 4º grado de consanguinidad o 2º de afinidad, respecto de éste.	Persona de cualquier edad que dependa económicamente del cotizante y se encuentre en el 4º grado de consanguinidad o 2º de afinidad, respecto de éste.

30. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

31. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente. **Tipo de discapacidad:** Marque con una X la opción: **F:** Física; **N:** Neuro-sensorial; **M:** Mental. **Condición de discapacidad:** Marque con una X la opción: **T:** Temporal; **P:** Permanente.

32. Datos de residencia: Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante. - Ciudad / Municipio - Departamento - Zona: urbana, rural - Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspon-

diente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS: Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así: En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado. En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que reside en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

Nivel SISBEN Y GRUPO POBLACIONAL: Verificar numeral 13 y tabla correspondiente a numeral 14. **CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO** Estos datos aplican a:

El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige. **Las entidades autorizadas** para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige. **Las Instituciones o entidades responsables** de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

36. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así: - NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas. - CC (cedula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cedula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identificación.

38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

39. Ubicación o Dirección - Ciudad o Municipio - Departamento - Teléfono (fijo o celular) - Correo electrónico. En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación. El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente autorizan en este instructivo.

Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

40. Tipos de novedad: Marque con una X la casilla que corresponda a la novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades:

42. Fecha: Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades. **Novedad 9:** Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar. **Novedad 10:** Terminación de la relación laboral. **Novedad 11:** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. **Novedad 12:** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción. **43. EPS Aportador:** Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Excepción del traslado: Seleccione según corresponda, **Unificación de grupo familiar:** si va a realizar una inclusión a su grupo familiar, su cónyuge y/o compañera(a). **Cobertura geográfica:** si la EPS de donde se traslada no tiene cobertura en su nuevo municipio de residencia. **Servicio avalado por SNS:** por deficiente prestación de servicio en su EPS anterior precisa autorización de la SNS para no haya realizado el derecho a la libre escogencia. **Cumplimiento tiempo de Cesión:** cuando fue cedido a otra EPS y cumple los 90 días para poder trasladarse de acuerdo al Decreto 780 Art. 2.1.7.3.

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: Este dato se registra únicamente en la novedad 16: "Reporte de la calidad de pensionado" o "cesante" o en la novedad 18: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliado adicionales. **47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo.** Especie o de Excepción. **48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor** o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

49. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. **50. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera en la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a la entidad pública que por sus funciones la requieran.**

51. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante, cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

52. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensajes de texto.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la norma, se vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También se suscribe por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.

En el supuesto correspondiente debe ir la firma de: El cotizante, cabeza de familia o beneficiario. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexen según lo requiera el trámite que realiza. **56. Documento de identidad:** CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC, PE. **57. Copia del dictamen de incapacidad permanente** emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. **59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio** conciliación o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. **60. Copia del certificado de adopción** o acta de entrega del menor. **61. Copia de la orden judicial** o del acto administrativo de custodia. **62. Copia del documento** en que conste la pérdida de la patria potestad. **63. Copia del certificado de defunción de los padres** o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres. **64. Copia de la autorización de traslado** por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. **65. Copia del acta administrativo o providencia de las autoridades competentes** que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial: Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial. **67. Datos de Sisben de la Entidad Territorial** debe consultar en la base de datos Sisben registrar: - Número de la ficha Sisben - Puntaje - Nivel Sisben (según el puntaje)

68. Fecha de radicación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que conste base de datos de Sisben e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales: - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre - Tipo de documento de identidad - Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma responsable de los datos registrados sobre la información y valide Sisben.

Observaciones: Este espacio puede escribir las observaciones que considere respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KATIA LUISA BOWIE GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **23.249.592**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Febrero del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/02/2021 10:32:02 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **23249592** y Nombre: **KATIA LUISA BOWIE GOMEZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **20222687** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

Información

5159000

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

www.policia.gov.co



Buscar por proceso | Menú

[Actualizar el contenido](#)

UTC -5 11:04:46



Buscar...

Id de página: 14005862 [Ayuda ?](#)

Editar

Escritorio -- **Configuraciones de Perfil**

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Información del usuario



Género
 Cargo
 Título
 Nombre completo
 Nombre y apellido **KATIA LUISA BOWME GOMEZ**
 Código del empleado
 Tipo de documento
 Número de documento
 Fecha de emisión
 Expedido por
 Fecha de expiración
 Dirección
 Código postal
 Estado
 Municipio
 País **COLOMBIA**
 Correo electrónico **katbow27@gmail.com**
 Teléfono
 Celular **3205377790**
 Número de fax

Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) **Bogotá, Lima, Quito**
 Idioma **Español (Colombia)**
 Configuración regional **Spanish (Colombia)**

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
 Respuesta **Providencia**
 Celular **3205377790**

Editar

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que BOWIE GOMEZ KATIA LUISA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 23249592 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

- Cuenta Corriente No. ***** //
- Cuenta de Ahorros No. 540197670 abierta desde el 27/1V13
- Créditos hasta por valor de \$0.00

CONCEPTO: CUENTA ACTIVA
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Se expide en PROVIDENCIA el día 01 del mes de Octubre del año 2019 con destino a A QUIEN LE INTERESE



Firma Autorizada
674 Extensión de Oficina Providencia

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO



CERTIFICACIÓN LABORAL

YUMA VIDEO CINE E.U., con Nit: **900015132-4** certifica que la señora, **KATIA LUISA BOWIE**, identificada con **C.C. 23.249.592** de Providencia islas, trabajó para nuestra empresa, desempeñándose como actriz representando el personaje de "**KAREN**", para la serie "**La Divina Providencia**", desde el **27** octubre del **2020** hasta el **15** de noviembre del mismo año, con un contrato de prestación de servicios.

La presente se expide a solicitud del interesado a los **17** días del mes de febrero de **2021**, para trámites de índole personal.

Atentamente;

TERESA SALDARRIAGA
Representante Legal.



A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de este la presente, certifico que la señora KATIA LUISA BOWIE GÓMEZ, identificada con CC 23249592 de Providencia Isla, apoyó actividades culturales como gestora cultural y presentadora, durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre, en el marco del Proyecto "II Festival de Navegación Tradicional del Caribe Insular: Dinamizando la Cultura Marítima del Pueblo Raizal", desarrollado por la Fundación Sea, Land & Culture Old Providence Initiative y apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa de Concertación Cultural, llevado a cabo de manera virtual con actividades presenciales en la isla de Providencia.

Dado en Providencia Isla, el 18 de febrero de 2021,

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Germán Eugenio Márquez Calle".

GERMÁN EUGENIO MÁRQUEZ CALLE

Representante Legal



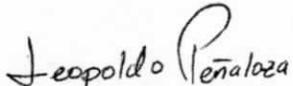
LEOPOLDO PEÑALOZA NEWBALL

CERTIFICA QUE:

Yo, Leopoldo Joel Peñaloza Newball, identificado con cedula de ciudadanía N°1.047.426.588 de San Andrés Islas, en mi condición de Persona Natural identificada, certifica que la señora **Katia Bowie Gómez**, identificada con cedula de ciudadanía 23.249.592 de San Andrés Islas, se desempeñó para la empresa como **Presentadora** de 30 capítulos de 60 minutos, bajo contrato de prestación de servicios **No 088-08 del 2018** de la producción televisiva "PROVIDENCE MAGAZINE",

Esta certificación se expide a los (22) días del mes de febrero del año 2021, a solicitud del interesado.

Cordialmente,


Leopoldo Joel Peñaloza Newball
C.C 1.047.426.588



República de Colombia
Departamento Archipiélago
San Andrés, Providencia Y
Santa Catalina



Bachillerato Académico, Preescolar y Primaria
Aprobado por Resolución No. 005214 de Noviembre
29 del 2010.

DANE No.288564000136

NIT No.8922400354-5

CERTIFICADO No.028.- Las suscritas Rectora (E) y Secretaria de la INSTITUCION EDUCATIVA JUNIN de Providencia Isla, Plantel Oficial, con Registro de la Secretaria de Educación No.2085 aprobado mediante Resolución No. 005214 de Noviembre 29 del 2010 en los niveles correspondientes a la Educación Preescolar, Primaria, Básica y Media.

CERTIFICAN:

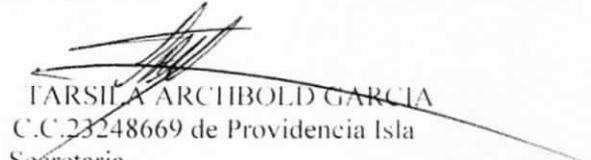
Que **KATIA LUISA BOWIE GOMEZ** cursó y aprobó en este plantel educativo los estudios correspondientes al TERCER CICLO (6º. Y 7º.) en el año lectivo del 2006 obteniendo los siguientes resultados e intensidad horaria:

TERCER CICLO 2006

ASIGNATURAS	Intens. Horaria	Valoración Conceptual
C. NATURALES Y EDUC. AMBIENTAL	3	ACEPTABLE
C. SOCIALES, HIST., GEOG. Y CONST.	3	ACEPTABLE
EDUCACION ARTISTICA	1	SOBRESALIENTE
EDUC. ETICA Y EN VALORES HUMANOS	1	SOBRESALIENTE
EDUCACION FISICA	1	ACEPTABLE
EDUCACION RELIGIOSA	1	EXCELENTE
HUMANIDADES LENGUA CASTELLANA	3	ACEPTABLE
HUMANIDADES LENGUA EXTRANJERA	2	SOBRESALIENTE
MATEMATICAS	3	ACEPTABLE
TECNOLOGIA E INFORMATICA	2	SOBRESALIENTE
COMPORTAMIENTO SOCIAL		SOBRESALIENTE

Dado en Providencia Isla, a los 27 días del mes de Enero del año 2011.


ANA M. NEWBALL TAYLOR
C.C.No.2 324837 de Providencia I.
Rectora (E).-


FARSILIA ARCHIBOLD GARCIA
C.C.23248669 de Providencia Isla
Secretaria.-

Katia B

	GESTIÓN CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	ESTUDIOS PREVIOS	Versión: 02
	Aprobado por: Orfa Carreño Corpus y Alain Lever Williams	

DATOS DEL ÁREA GESTORA	DEPENDENCIA SOLICITANTE	DIRECTOR DE PRODUCCIÓN
	NOMBRE DEL SERVIDOR	FREDDY WILLIAMS

ANÁLISIS DE LA PERTINENCIA Y NECESIDAD

Que la **SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LIMITADA, TELEISLAS**, sociedad entre entidad pública del orden departamental, organizada como Empresa Industrial y Comercial del Estado, constituida por escritura pública No. 1846 de la notaría primera de San Andrés del 31 de Diciembre de 1997, inscrita el 18 de Febrero de 1999, bajo el No. 3973 de libro IX, aclarada con las escrituras públicas No. 1318 del 13 de Agosto de 1998 y 1087 del 30 de Junio de 1998, inscritas el 18 de Febrero bajo los número 3974 y 3975 respectivamente del libro IX de la misma notaría, con reforma estatutaria inscrita el 10 de Mayo de 2006 con el No. 543, con NIT 827000481-1, con domicilio en la isla de san Andrés

Que TELEISLAS es un canal que presta el servicio de Televisión Pública Regional, con cobertura en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, de conformidad con lo consagrado en la Ley 14 de 1991, la Ley 182 de 1995, Ley 335 de 1996, Ley 680 del 2001 y demás normas concordantes para el desarrollo de la televisión pública regional en la República de Colombia, para la realización de programas de televisión con contenidos educativos, culturales y de promoción para el desarrollo integral de la comunidad.

Que el Canal Regional de Televisión TELEISLAS, desarrolla su actividad contractual en marco de los postulados del derecho privado, dentro de las condiciones normativas indicadas en el artículo 37 de la Ley 182 de 1995 y el acuerdo 006 de 2015

Que el inciso segundo del artículo 39 de la ley 182 de 1995 estipula que los Canales Regionales de Televisión son sociedades entre entidades públicas organizadas como empresas Industriales y Comerciales del estado y que, en ejercicio del artículo 85 de la Ley 489 de 1998, cuenta con autonomía administrativa y financiera para desarrollar las actividades y actos administrativos previstos en la ley para el cumplimiento de su objeto social.

Que el artículo 21 de la Ley 1978 de 2019, que modifica el artículo 34 de la Ley 1341 de 2009, crea el Fondo Único de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y, asimismo, establece los lineamientos para la destinación de los recursos que se apropien del Fondo.

Que mediante la Resolución 000085 del 31 de enero de 2020 expedida por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, se hace la reglamentación del procedimiento para la asignación y ejecución de los recursos del Fondo Único de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para los operadores públicos de televisión.

Que la Resolución 1200 de 2019 y la Resolución 000085 de 2020 del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones consagran las siguientes líneas de inversión: 1) Contenido de programación educativa y cultural multiplataforma 2) Fortalecimiento de la infraestructura tecnológica instalada para la producción, emisión y transporte de la señal. 3) Estudios, investigaciones y mediciones dentro del marco del servicio de televisión, que permitan el conocimiento de las audiencias. 4) Formación y capacitación para el fortalecimiento de los operadores públicos. 5) Recuperación, preservación, digitalización y catalogación del patrimonio audiovisual. 6) Gastos de operación y funcionamiento.

Que mediante Resolución 00064 del 20 de enero de 2021 del Fondo Único de Tecnologías de la Información y las comunicaciones, se aprobó la financiación del Plan de Inversión 2021 de TELEISLAS por la suma de NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTI Y CINCO PESOS M/CTE (\$9.276.864.325).

El canal de televisión público regional TELEISLAS, requiere los servicios de una persona natural para que preste sus servicios como **PRESENTADOR**, mediante contratación directa regida por el derecho privado, debido a que en la planta de cargos de esta empresa industrial y comercial del Estado no está previsto un funcionario que ejerza las actividades inherentes a esta persona.

TÉRMINOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
------------------	-------------------------

	GESTIÓN CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	ESTUDIOS PREVIOS	Versión: 02
	Aprobado por: Orfa Carreño Corpus y Alain Lever Williams	

OBJETO CONTRACTUAL		Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS
OBLIGACIONES GENERALES		<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con el objeto del contrato y con todas las gestiones inherentes al mismo. • Atender durante la ejecución del contrato las observaciones formuladas por TELEISLAS a través del Director de Producción o su delegado. • Guardar la confidencialidad sobre toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular, por el término de duración del contrato y un año más después de la terminación del mismo.
DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES	DE	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar el programa de televisión WEEKEND • Repasar y estudiar previamente el libreto del programa. • Presentar los programas de transmisiones especiales a los que sea designado. • Apoyar en la elaboración de notas de eventos o sucesos especiales. • Realizar informes especiales periódicamente según indicaciones del director del programa. • Acatar el manual de ética del canal regional Teleislas. • Otras actividades asignadas por el supervisor del contrato en el marco del objeto contractual
DESCRIPCIÓN PRODUCTOS	DE	<p>El contratista se obliga a:</p> <p>Presentar informe mensual de actividades según el formato estipulado y las planillas de pago de seguridad social por el período a cobrar</p>
OBLIGACIONES TELEISLAS	DE	<p>Son obligaciones especiales de TELEISLAS, además de las propias de la naturaleza del presente contrato, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cancelar los servicios prestados de conformidad a lo establecido en la propuesta integral de este contrato. • Facilitar los insumos y recursos técnicos disponibles y que eventualmente requiera EL CONTRATISTA para la cabal ejecución del contrato. • Cumplir eficaz y oportunamente con lo establecido en las demás Cláusulas y condiciones previstas en este contrato
VALOR		El valor total del contrato es por la suma de VEINTE MILLONES DE PESOS (\$20.000.000) M.CTE
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD Y RUBRO	DE	CDP 177 del rubro presupuestal 214020201 Plan de Inversión Futic 2021
FORMA DE PAGO		TELEISLAS pagará en DIEZ (10) mensualidades vencidas por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000) cada una, para lo cual el CONTRATISTA debe acreditar previamente el cumplimiento de los requisitos de pago; tales como la certificación de cumplimiento firmada por el supervisor del contrato, en el que acredite el cumplimiento a entera satisfacción del objeto y obligaciones del contrato en el respectivo periodo y la cancelación de los aportes de salud, pensión y riesgos profesionales del periodo cobrado, y según haya PAC y disponibilidad en bancos.
DURACIÓN		El contrato a celebrarse se ejecutará en un plazo de DIEZ MESES



GESTIÓN CONTRACTUAL

Fecha de aprobación:
15/07/2019

ESTUDIOS PREVIOS

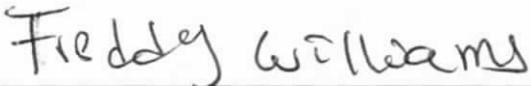
Versión: 02

Aprobado por: Orfa Carreño Corpus y Alain Lever Williams

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	N/A
GARANTÍAS	N/A
SUPERVISOR	DIRECTOR DE PRODUCCIÓN
OTROS	<p>Dada la naturaleza e información que se maneja dentro de TELEISLAS se requiere la firma de la CLAUSULA DE CONFIDENCIALIDAD.</p> <p>Considerando que la empresa ha incursionado de manera progresiva pero constante en el uso de la transmedia, marcando tendencias a nivel cultural y social como vitrina principal de la imagen de un pueblo, se reservará el derecho de evaluar el manejo de la social media de sus vinculados para resguardar el nombre y la imagen del canal regional, así como la de la comunidad que esta representa, claro está sin vulnerar los derechos fundamentales de cada uno de los terceros vinculados.</p>

COMPETENCIAS LABORALES O PERFIL DEL POTENCIAL CONTRATISTA

- Persona natural con seis (6) meses o más de experiencia en presentación de programas de televisión.

SOLICITANTE	APRUEBA
NOMBRE: FREDDY WILLIAMS CARGO: DIRECTOR DE PRODUCCIÓN	NOMBRE: EMILIANA BERNARD STEPHENSON CARGO: GERENTE
FIRMA 	FIRMA 

FECHA y CIUDAD: febrero 25 de 2021, San Andrés Isla

FECHA DE EXPEDICION:

25/02/2021

No.

cdp0177

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD

Se certifica que en el presupuesto de Gastos, correspondiente a la vigencia fiscal de 2021, se encuentra disponible y libre de afectacion las siguientes partidas :

RUBRO RECURSOS \$20000000
PLAN DE INVERSION 2021

POR LA SUMA DE : VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTÉ.

TOTAL (\$20,000,000)

PARA AMPARAR : PRESENTADORA 1 DE WEEKEND

FECHA DE VENCIMIENTO :

SE EXPIDE A SOLICITUD DE : FREDDY W



JOSE FERNANDO PIRADIVIE
DIRECTOR FINANCIERO

	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 03/09/2020
	CONTRATO	Versión: 02
	Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación	

CONTRATO No. 110 DE 2021 SUSCRITO ENTRE LA SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS – TELEISLAS Y KATIA LUISA BOWIE GOMEZ.

CONSECUTIVO	110
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
IDENTIFICACIÓN	C.C 23249592
VALOR DEL CONTRATO	VEINTE MILLONES DE PESOS (\$20.000.000) M.CTE
PLAZO DEL CONTRATO	DIEZ (10) MESES.
OBJETO	Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS

INTRODUCCIÓN

Entre los suscritos **EMILIANA BERNARD STEPHENSON**, identificada con cédula de ciudadanía No. 23.248.881 expedida en Providencia, autorizada por Acuerdo No. 004 de 2015, en su condición de Gerente; quien obra en representación legal de la **SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LIMITADA, TELEISLAS**, entidad pública del orden departamental, organizada como Empresa Industrial y Comercial del Estado, constituida por Escritura Pública No. 1846 de la Notaría Única de San Andrés del 31 de Diciembre de 1997, inscrita el 18 de Febrero de 1999, bajo el No. 3973 de libro IX, aclarada con las escrituras públicas No. 1318 del 13 de Agosto de 1998 y 1087 del 30 de Junio de 1998, inscritas el 18 de Febrero bajo los número 3974 y 3975 respectivamente del libro IX de la misma notaría, con reforma estatutaria inscrita el 10 de Mayo de 2006 con el No. 543, con NIT 827000481-1, con domicilio en esta ciudad, de una parte, la cual en este documento se denominará **TELEISLAS**, y por otra parte, **KATIA LUISA BOWIE GOMEZ, mayor de edad**, identificado con cedula de ciudadanía No. 23249592, y quien para efectos del presente contrato se llamará **EL CONTRATISTA**, hemos celebrado el presente contrato de prestación de servicios, que se registrá por lo que se pacta a continuación

PRELIMINARES

A) Que la Sociedad de Televisión de las Islas Ltda. TELEISLAS, tiene como objeto la prestación de servicio de televisión pública. **B)** Que la SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LIMITADA, TELEISLAS, sociedad entre entidad pública del orden departamental, organizada como Empresa Industrial y Comercial del Estado, constituida por escritura pública No. 1846 de la notaría primera de San Andrés del 31 de Diciembre de 1997, inscrita el 18 de Febrero de 1999, bajo el No. 3973 de libro IX, aclarada con las escrituras públicas No. 1318 del 13 de Agosto de 1998 y 1087 del 30 de Junio de 1998, inscritas el 18 de Febrero bajo los número 3974 y 3975 respectivamente del libro IX de la misma notaría, con reforma estatutaria inscrita el 10 de Mayo de 2006 con el No. 543, con NIT 827000481-1, con domicilio en la isla de san Andrés. **C)** Que TELEISLAS es un canal que presta el servicio de Televisión Pública Regional, con cobertura en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, de conformidad con lo consagrado en la Ley 14 de 1991, la Ley 182 de 1995, Ley 335 de 1996, Ley 680 del 2001 y demás normas concordantes para el desarrollo de la televisión pública regional en la República de Colombia, para la realización de programas de televisión con contenidos educativos, culturales y de promoción para el desarrollo integral de la comunidad. **D)** Que el Canal Regional de

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.

	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 03/09/2020
	CONTRATO	Versión: 02
	Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación	

Televisión TELEISLAS, desarrolla su actividad contractual en marco de los postulados del derecho privado, dentro de las condiciones normativas indicadas en el artículo 37 de la Ley 182 de 1995 y el acuerdo 006 de 2015. **E)** Que el inciso segundo del artículo 39 de la ley 182 de 1995 estipula que los Canales Regionales de Televisión son sociedades entre entidades públicas organizadas como empresas Industriales y Comerciales del estado y que, en ejercicio del artículo 85 de la Ley 489 de 1998, cuenta con autonomía administrativa y financiera para desarrollar las actividades y actos administrativos previstos en la ley para el cumplimiento de su objeto social. **F)** El canal de televisión público regional TELEISLAS, requiere los servicios de una persona natural para que preste sus servicios como PRESENTADOR, mediante contratación directa regida por el derecho privado, debido a que en la planta de cargos de esta empresa industrial y comercial del Estado no está previsto un funcionario que ejerza las actividades inherentes a esta persona.

CONTENIDO

El contrato se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO. – Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS

CLÁUSULA SEGUNDA. VALOR Y FORMA DE PAGO. – El valor del presente contrato es por la suma de VEINTE MILLONES DE PESOS (\$20.000.000) M.CTE de las cuales, TELEISLAS pagará DIEZ (10) mensualidades vencidas por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000) cada una, para lo cual el CONTRATISTA debe acreditar previamente el cumplimiento de los requisitos de pago; tales como la certificación de cumplimiento firmada por el supervisor del contrato, en el que acredite el cumplimiento a entera satisfacción del objeto y obligaciones del contrato en el respectivo periodo y la cancelación de los aportes de salud, pensión y riesgos profesionales del periodo cobrado, y según haya PAC y disponibilidad en bancos.

CLÁUSULA TERCERA. COMPROMISO PRESUPUESTAL. – Los pagos por concepto de este contrato se imputarán y subordinarán al presupuesto de TELEISLAS para la vigencia fiscal de 2021 según Certificado de Disponibilidad presupuestal CDP 177 del rubro presupuestal 214020201 Plan de Inversión Futic 2021

CLÁUSULA CUARTA. PLAZO DE EJECUCIÓN. – La ejecución del presente contrato será por el término de DIEZ (10) MESES, a partir de la fecha de legalización del presente contrato y suscripción del acta de inicio.

CLÁUSULA QUINTA. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA. –

El contratista posee las siguientes obligaciones:

- A.** Prestar adecuada y oportunamente los servicios objeto del contrato, atendiendo con esmero y diligencia y poniendo a disposición de TELEISLAS sus conocimientos y experiencia profesional.
- B.** Disponer de todos los recursos técnicos y humanos necesarios para la prestación del servicio.
- C.** Durante la ejecución del contrato: Si se tratare de persona natural deberá presentar mensualmente la planilla de seguridad social, pensión y riesgos profesionales de conformidad a la ley 789 de 2002, 828 de 2003 y 1150 de 2007. Si fuere persona jurídica la certificación expedida por el revisor fiscal y/o representante legal, frente a sus parafiscales. De tal manera que, si no se presentare la misma, TELEISLAS podrá suspender la ejecución del contrato.

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.



GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL

Fecha de aprobación:
03/09/2020

CONTRATO

Versión: 02

Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación

- D. Presentar informe mensual durante la ejecución de su contrato o cuando el Supervisor del contrato lo requiera.
- E. Guardar absoluta reserva de toda la información, documentación y datos a los cuales tenga acceso.
- F. Acatar el manual de ética del canal regional Teleislas.
- G. Las demás inherentes a la naturaleza del contrato.
- H. Desplegar toda la diligencia y cuidado en la manipulación de los equipos o productos que el Canal le entregue para la prestación de sus servicios. Debiendo, por tanto, preservarlos y entregarlos a la finalización del contrato o cuando el Supervisor lo estime, en las mismas condiciones de entrega; para lo cual firmará un formato de entrega de productos y equipos, en el que estarán descritas las condiciones de entrega.
- I. Participar en los talleres o jornadas de capacitación organizadas por el Canal, que se enmarcan dentro de sus funciones.

CLÁUSULA SEXTA. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS. - El contratista se obliga a:

El contratista se obliga a:

- Presentar el programa de televisión WEEKEND
- Repasar y estudiar previamente el libreto del programa.
- Presentar los programas de transmisiones especiales a los que sea designado.
- Apoyar en la elaboración de notas de eventos o sucesos especiales.
- Realizar informes especiales periódicamente según indicaciones del director del programa.
- Acatar el manual de ética del canal regional Teleislas.
- Otras actividades asignadas por el supervisor del contrato en el marco del objeto contractual

CLÁUSULA SÉPTIMA. CONDICIONES DE ENTREGA: Aplica – No Aplica (NA)

CLÁUSULA OCTAVA. SUPERVISIÓN. – El presente contrato opera bajo la supervisión del DIRECTOR DE PRODUCCIÓN.

CLÁUSULA NOVENA. INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA. - El CONTRATISTA actuará por su propia cuenta y riesgo, con autonomía técnica y directiva absoluta, no estará sometido a subordinación laboral alguna con TELEISLAS. Sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de TELEISLAS, por lo tanto, no tendrá ningún derecho de reclamación de prestaciones sociales y similares, ni exigir responsabilidades por accidentes o riesgos originados con ocasión de la ejecución del contrato. Toda la información proporcionada por TELEISLAS al CONTRATISTA para el cumplimiento de sus obligaciones y productos esperados será tratada de manera confidencial, no será divulgada a terceros, no será reproducida por ningún medio y se devolverá al final del contrato.

CLÁUSULA DECIMA. EXENCIÓN DEL PAGO DE PRESTACIONES - De acuerdo con lo establecido con el inciso 2, numeral 3 del Art. 32 de la Ley 80 de 1.993, el contratista no tendrá derecho a ninguna prestación distinta a lo pactado expresamente en la cláusula tercera del presente contrato, razón por la cual con este contrato no se genera ningún vínculo laboral entre TELEISLAS, el CONTRATISTA, ni con el personal subcontratado por el CONTRATISTA para el desarrollo del presente acuerdo de voluntades. PARÁGRAFO PRIMERO: Al contratista se le realizará un seguimiento de ejecución de recursos tanto financieros como técnicos y humanos, por lo cual, éste debe hacer entrega de un informe

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.

	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 03/09/2020
	CONTRATO	Versión: 02
	Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación	

de ejecución del contrato al momento de presentar factura de cobro al supervisor, que contenga: planilla de pago del periodo donde se evidencie el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social (Salud, pensión y riesgos laborales) de todo su personal y factura.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA. DOCUMENTOS. - Forman parte integral de este Contrato los siguientes documentos:

1. Formato Único de Hoja de vida (original diligenciada y firmada y sus respectivos anexos)
2. Declaración Juramentada de Bienes y Rentas (original, diligenciada y firmada)
3. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía
4. Fotocopia OCCRE
5. Fotocopia de la Libreta Militar
6. Certificado Antecedentes Judiciales
7. Certificado de Antecedentes disciplinarios Procuraduría
8. Certificado de Antecedentes Fiscales de la Contraloría
9. Registro Único Tributario – RUT
10. Afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral
11. Inscripción SECOP
12. Certificado de Cuenta Bancaria
13. Estudio de Conveniencia
14. Certificado de Disponibilidad Presupuestal

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. CESIÓN. – EL CONTRATISTA no podrá ceder los derechos y obligaciones contraídas mediante este contrato, salvo autorización previa, expresa y escrita de TELEISLAS, lo cual no le eximirá de responsabilidad.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. INDEMNIDAD. – EL CONTRATISTA mantendrá indemne a TELEISLAS por razón de reclamos, demandas, acciones judiciales o extrajudiciales y costos que surjan como resultado de sus actuaciones durante la ejecución del presente contrato. En caso que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra TELEISLAS por asuntos que según el contrato sean de responsabilidad del contratista, éste será notificado a la mayor brevedad posible, para que por su cuenta se adopten oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne a TELEISLAS. Si en cualquiera de los eventos antes previstos EL CONTRATISTA no asume debida y oportunamente la defensa de TELEISLAS ésta podrá hacerlo directamente, previa notificación escrita al CONTRATISTA y éste pagará todos los gastos en que TELEISLAS incurra por tal motivo.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. GARANTÍAS. – N/A.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA. DE CONFIDENCIALIDAD - El CONTRATISTA actuará por su propia cuenta y riesgo, con autonomía técnica y directiva absoluta, no estará sometido a subordinación laboral alguna con TELEISLAS. Sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de TELEISLAS, por lo tanto, no tendrá ningún derecho de reclamación de prestaciones sociales y similares, ni exigir responsabilidades por accidentes o riesgos originados con ocasión de la ejecución del contrato. Toda la información proporcionada por TELEISLAS al CONTRATISTA para el cumplimiento de sus obligaciones y productos esperados será tratada de manera confidencial, no será divulgada a terceros, no será reproducida por ningún medio y se devolverá al final del contrato. PARÁGRAFO: El CONTRATISTA asumirá la responsabilidad



GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL

Fecha de aprobación:
03/09/2020**CONTRATO**

Versión: 02

Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación

frente a TELEISLAS por los daños y perjuicios que se generen en caso de que esta cláusula no sea respetada.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA. CLÁUSULA PENAL. - Si al CONTRATISTA, se le declara la caducidad del contrato, o incumple el objeto contractual, TELEISLAS hará efectiva una sanción pecuniaria hasta por la suma equivalente al veinte (20%) del valor del contrato por los perjuicios ocasionados. EL CONTRATISTA autoriza a TELEISLAS para descontar de las sumas que le adeude, los valores correspondientes a multas por incumplimiento, en todo caso de resultar insuficiente, se recurrirá a la jurisdicción coactiva. **PARÁGRAFO PRIMERO:** La imposición de las multas y de la sanción pecuniaria, se hará mediante acto administrativo debidamente motivado, susceptible del recurso de reposición. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La cláusula penal pecuniaria y las multas que sean eventualmente impuestas, se harán efectivas directamente por TELEISLAS, pudiendo acudir para el efecto, entre otros, a los mecanismos de compensación de las sumas adeudadas al CONTRATISTA, cobro de la garantía, o a cualquier otro medio para obtener el pago. **PARÁGRAFO TERCERO:** La imposición de multas se efectuará sin perjuicio de la declaratoria de caducidad y del cobro de la cláusula penal pecuniaria de acuerdo con lo pactado en el presente contrato y acorde al debido proceso señalado en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA - MULTAS Y PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE LAS MULTAS. -

EL CONTRATISTA, acuerda que, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones a su cargo, TELEISLAS podrá declarar este hecho, conforme la Ley 1474 de 2011, y le impondrá multas equivalentes al cinco por ciento (5%) del valor del contrato. En aplicación del debido proceso, para la imposición de las multas se seguirá el siguiente procedimiento: 1) Una vez verificada por parte de TELEISLAS el supuesto incumplimiento parcial frente a las obligaciones del contrato requerirá por escrito al CONTRATISTA para que en el término de cinco (5) días contados a partir de la recepción del mismo, entregue por escrito las explicaciones y documentos que permitan evaluar la imputación y posible responsabilidad en el incumplimiento. 2) Una vez obtenida la respuesta del CONTRATISTA y la documentación consolidada, TELEISLAS apoyándose igualmente en los informes presentados por el supervisor, decidirá sobre la viabilidad de imponer o no la multa al contratista, dependiendo de que efectivamente el incumplimiento se encuentre debidamente probado o en su lugar el CONTRATISTA haya justificado plenamente la situación, lo que le será efectivamente comunicado al mismo, por escrito, mediante decisión motivada, con la advertencia de que cuenta con cinco (5) días para interponer el recurso de reposición y agotar la vía gubernativa, contados a partir de la notificación, que en todos los casos deberá ser personal, a través de su Representante Legal.

PARÁGRAFO PRIMERO: La imposición de multas no limita ni anula las sanciones por incumplimiento descritas en el contrato, las indemnizaciones legales a que haya lugar, ni la ejecución de las pólizas de cumplimiento establecidas. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Una vez declarada la caducidad El CONTRATISTA deberá presentar una relación detallada del estado de ejecución del contrato, con base en lo cual se procederá a su liquidación.

PARÁGRAFO TERCERO: En firme la resolución que declara la caducidad el CONTRATISTA se hará acreedor a las sanciones e inhabilidades previstas por la Ley 80 de 1993, y TELEISLAS podrá continuar la ejecución del objeto del contrato con otro contratista. **PARÁGRAFO**

CUARTO: Si TELEISLAS se abstiene de declarar la caducidad, adoptará las medidas de control e intervención necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato.

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.

	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 03/09/2020
	CONTRATO	Versión: 02
	Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación	

de ser ello posible y procedente. **PARÁGRAFO QUINTO:** La imposición de multas se efectuará sin perjuicio de la declaratoria de caducidad y del cobro de la cláusula penal pecuniaria de acuerdo con lo pactado en el presente contrato y acorde al debido proceso señalado en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. CADUCIDAD. -TELEISLAS, podrá declarar la caducidad del presente el contrato, por cualquiera de las causales estipuladas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993, mediante resolución debidamente motivada, dispondrá su liquidación e impondrá las sanciones e inhabilidades a que hubiere lugar.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA. - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES. - EL CONTRATISTA manifiesta que no se halla incurso en causal alguna de incompatibilidad o inhabilidad, de que trata el artículo 8º de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas complementarias, para celebrar este contrato, respondiendo en todo caso por dicha manifestación.

CLÁUSULA VIGÉSIMA. - TERMINACIÓN, MODIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN UNILATERALES DEL CONTRATO. - De conformidad con los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993, y demás normas concordantes y pertinentes, el presente contrato podrá ser interpretado, modificado o terminado unilateralmente con sujeción a las disposiciones legales antes citadas, las cuales se consideran incorporadas a este contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. GASTOS DE VIAJE. - la ejecución de este contrato no genera para TELEISLAS gastos de viajes y/o traslados; de ser necesario desplazamiento del personal de la producción fuera del Municipio de San Andrés, estos costos están incluidos dentro del valor total del contrato.

CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO. - En caso de surgir hechos imprevistos a los cuales no se pueda resistir, que impidan total o parcialmente el cumplimiento por una u otra parte de las obligaciones contraídas por el presente contrato, el plazo de cumplimiento de las obligaciones será prorrogado por un término igual al que duren tales circunstancias. La parte contratante que resulte afectada por tales hechos y que no pueda por ello cumplir con las obligaciones contractuales, deberá notificar por escrito a la otra parte, de manera inmediata, tanto el surgimiento como la terminación de dichas circunstancias. Dentro de un plazo no mayor de diez (10) días desde la fecha de tal aviso, la parte afectada por la fuerza mayor o caso fortuito deberá enviar una carta anexando el documento de la autoridad competente en el cual se certifiquen las condiciones arriba mencionadas y las medidas tomadas para evitarlo, de ser ello procedente, excepto en el evento en que se trate de hechos notorios de público conocimiento, en cuyo caso no deberá realizarse la notificación aquí mencionada. Durante el período en que persistan las circunstancias arriba mencionadas, las partes están obligadas a tomar las medidas necesarias para reducir los perjuicios provocados por las mismas. La parte afectada por tales circunstancias, que no le haya sido posible cumplir con las obligaciones contractuales, deberá informar periódicamente a la otra parte sobre la situación de la fuerza mayor o el caso fortuito, salvo cuando se trate de hechos notorios de público conocimiento.

CLAUSULA VIGÉSIMA TERCERA. SUSPENSIÓN. -Las partes de común acuerdo podrán suspender los plazos del contrato cuando se presenten circunstancias que así lo justifiquen, siempre y cuando con ello no se causen perjuicios a la entidad ni se originen mayores costos para TELEISLAS. De la suspensión se dejará constancia en acta suscrita por las partes en la cual se fijarán los mecanismos para valorar, reconocer o modificar los

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.



GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL

Fecha de aprobación:
03/09/2020**CONTRATO**

Versión: 02

Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación

costos y/u otras condiciones del contrato. Para levantar la suspensión se suscribirá un acta de reanudación del plazo contractual.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS. - Las partes acuerdan que para la solución de las diferencias que surjan del presente contrato, acudirán a los procedimientos de transacción, amigable composición o conciliación, de acuerdo con lo previsto en los artículos 68 y 69 de la Ley 80 de 1993 y demás normas pertinentes y concordantes con la materia, toda aplicación de la Ley 1563 de 2012 se hará en el centro de arbitraje más cercano.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA. RÉGIMEN LEGAL. TELEISLAS celebra el presente contrato bajo el régimen de derecho privado, conforme lo autoriza el numeral 3º del artículo 37 de la Ley 182 de 1995 y la Ley 1507 de 2012.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA- CLAUSULA ESPECIAL DE TRANSMEDIA: La sociedad de televisión de las islas, Teleislas Ltda., ha incursionado de manera progresiva pero constante en el uso de la transmedia, marcando tendencias en el ámbito cultural y social como vitrina principal de la imagen del pueblo Raizal y de los residentes del Departamento Archipiélago, se reservará el derecho de evaluar el manejo de la social media de sus vinculados, para resguardar el nombre y la imagen del canal regional así como la de la comunidad que esta representa, claro está sin vulnerar los derechos fundamentales de cada uno de los terceros vinculados; de esta manera, EL CONTRATISTA se obliga igualmente a ser partícipe de la elaboración de contenidos y divulgación de los mismos por medio de las plataformas que adopte el Canal para tal fin.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA. DOMICILIO. - El domicilio contractual para todos los efectos será la ciudad de San Andrés Isla.

CLAUSULA VIGÉSIMA OCTAVA. PERFECCIONAMIENTO. - El presente contrato se considera perfeccionado con la firma de las partes, registró presupuestal correspondiente, aprobación de póliza y la suscripción de la respectiva Acta de Inicio.

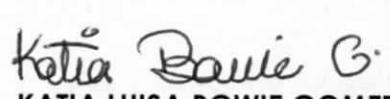
Para constancia se firma en San Andrés Isla, el PRIMER (01) día del mes de marzo de 2021.

POR TELEISLAS



EMILIANA BERNARD STEPHENSON
Gerente TELEISLAS

POR EL CONTRATISTA



KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
C.C. N°.23249592

Proyectó	Karina Herazo Lever
Revisó	Elsa Hooker Coronel
Archivó	Jamie Escalona Taylor

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.



REGISTRO PRESUPUESTAL

VIGENCIA : 2021

No. rp0157

RUBRO 214020201 RECURSOS RECURSOS ORDINARIOS \$20000000
PLAN DE INVERSION 2021

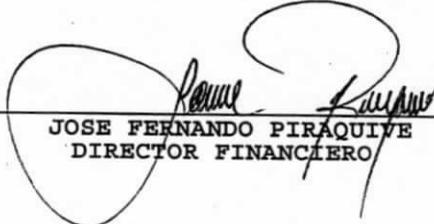
PROVEEDOR : KATIA LUISA BOWIE GOMEZ, 23249592

POR LA SUMA DE : 20,000,000

VALOR EN LETRAS: VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE.

PARA AMPARAR : PRESENTADORA 1 DE WEEKEND

FECHA DE EXPEDICION: 01/03/2021



JOSE FERNANDO PIRAQUIVE
DIRECTOR FINANCIERO



GESTION JURIDICA Y CONTRACTUAL

Fecha de Aprobación:
23/11/2020

ACTA DE INICIO

Aprobado por: Jefe de Planeación

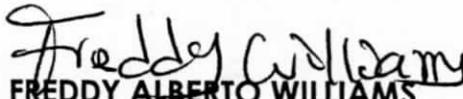
Versión: 02

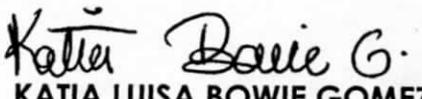
ACTA DE INICIO DEL CONTRATO/OPS N° 110/2021

CONTRATANTE	SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS TELEISLAS
CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES PRESENTADOR 1 TELEVISION DEL CANAL TELEISLAS
VALOR	\$ 20.000.000
FECHA DE INICIO	01/03/2021
FECHA DE FINALIZACIÓN	31/12/2021
PLAZO	10 MESES

Entre el supervisor del contrato FREDDY ALBERTO WILLIAMS y el contratista KATIA LUISA BOWIE GOMEZ identificado (a) con cedula de ciudadanía N°23249592 de Providencia, suscriben esta acta de inicio con el fin de darle ejecución a la presente Contrato de Prestación de Servicios.

Para constancia se firma por los que en ella intervinieron en la isla de San Andrés el (PRIMER) (01) días del mes de (MARZO) de (2021).


FREDDY ALBERTO WILLIAMS
Supervisor


KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
(23249592 de Prov.)

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTC



POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que KATIA LUISA BOWIE GOMEZ, con Cédula Ciudadanía No. 23249592 contratista de la empresa SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA TELEISLAS, con Nit No. 827000481. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 06/04/2021, para el contrato registrado con fecha desde 01/03/2021 y fecha hasta 31/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 2.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20210101414741.

Dada en Bogotá, a los 5 días del mes de abril de 2021

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



AÑO MES DIA
2021 4 16 \$ 2,000,000.00

Páguese a: KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

La suma de: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.

COMPROBANTE DE EGRESO

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA
TELEISLAS

TIPO : 140

No. : **EEE0454**

FECHA : DIA 16 MES 4 AÑO-2021

CONCEPTO: PRESENTADORA

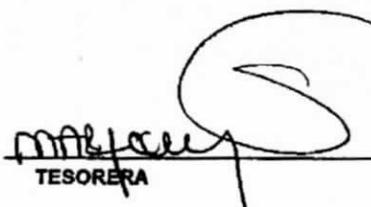
CODIGO	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
113210010427	85584254-8 PLAN DE INVERSION 2021		2,000,000.00
24010208	PROYECTOS DE INVERSION	2,000,000.00	
TOTALES		2,000,000.00	2,000,000.00

Cheque No.

Firma y Sello del Beneficiario

BANCO: PLAN DE
Cuenta No. 855842548

Nombre . KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
C.C. O NIT. 23249592


TESORERA

VIGENCIA: 02-01-11

PERTENECE AL PROCESO: FINANCIERO

VERSION No: 1

PAGINA: 1

FECHA: 06/04/2021

CCP No. 401 PA-0388

VIGENCIA: 2021

BENEFICIARIO

NIT

KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

23249592

SUPERVISOR

Freddy Williams/Director de produccion

DETALLE

CONCEPTO : Caus pago servicio como PRESENTADORA para el canal

FACTURA DE VENTA:

NUMERO DE RP : RP 157

TIPO DE CONTRATO: CPS 110 DE 2021

Imputacion presupuestal			Causacion contable			Causacion tesoreria		
rubro	Registro	Valor	Cuenta	Debito	Credito	Cuenta	Debito	Credito
214020201	rp0157	2,000,000	24010208		2,000,000	111005		2,000,000
			52117310	2,000,000		24010208	2,000,000	
		2,000,000		2,000,000	2,000,000		2,000,000	2,000,000

REVISADO POR
JEFE DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDADELABORADO POR:
ASISTENTE FINANCIERO

FIRMA

FIRMA

SON:
DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.

VALOR A PAGAR	2,000,000
RETEFUENTE	0
ANTICIPOS:	0
NETO A PAGAR:	2,000,000

PAGUESE

FIRMA ORDENADOR DEL GASTO

2518
16/ab/21

	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y CUMPLIMIENTO	Versión:02
	Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BROWN BOWIE
No. DE IDENTIFICACIÓN	23249592
No. DEL CONTRATO	110/2021
DURACIÓN	10 MESES
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE PRESENTADOR DE PROGRAMAS DE TELEVISION DEL CANAL TELEISLAS.

INFORMACIÓN FINANCIERA

VALOR CONTRATO	20.000.000
PAGO A REALIZAR	Pago 1 \$ 2.000.000

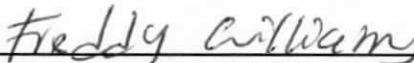
REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 AL 31 de marzo 2021
ACTIVIDADES CUMPLIDAS	Las mismas señaladas en el informe del contratista que se certifica mediante el presente documento
OBSERVACIONES	

ANEXOS

CONCEPTO	SÍ	NO	N/A
Informe de actividades	x		
Planilla seguridad social	x		
Factura	x		
FECHA DEL CERTIFICADO	05 / abril /2021		

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones previstas en el contrato y por lo tanto autorizo el pago.


FREDDY ALBERTO WILLIAMS
 Director de Produccion

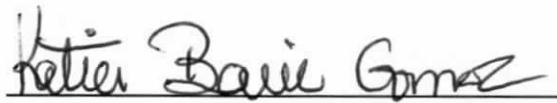
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 30/09/2020
	INFORME DE ACTIVIDADES	Versión:03
	Aprobado por: Jefe de planeación – Secretario general	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	23.249.592
No. DEL CONTRATO	110 del 2021.
DURACIÓN	DIEZ (10) MESES
VALOR TOTAL	VEINTE MILLONES DE PESOS (\$20.000.000) M.CTE
OBJETO DEL CONTRATO	Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	1 de marzo hasta el 31 de marzo del 2021
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES O PRODUCTO	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar el programa de televisión WEEKEND • Repasar y estudiar previamente el libreto del programa.
OBSERVACIONES	
DESCRIPCIÓN DE ANEXOS	Informe de actividades, factura y Seguridad social.
FECHA DE PRESENTACIÓN	31 de marzo del 2021.



KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
23.249.592

KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

NIT. 23.249.592

LOMA CLAY MOUNT. CEL.3168406461

e-mail: katbow27@gmail.com

SAN ANDRÉS ISLAS, COLOMBIA

FECHA		
Día	Mes	Año
31	3	2021

FACTURA DE VENTA No. 01
Régimen Simplificado.

Señor (es): TELEISLAS	827000481-1
Dirección: Shingle Hill	TEL:

CONCEPTO: Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS

TOTAL:	\$2.000.000
SON: Dos millones de pesos	

Firma Katja Bowie Gomez

Aceptada de _____

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC 23249592		BOWIE GOMEZ KATIA LUISA	INDEPENDIENTE
Ciudad-Departamento		CASA BAJA	
Teléfono		5555555	
Exonerado SENA e ICBF		No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clave	Tipo	Fecha
Pensión	25303159	Planilla	2021/03/19
Pensión	9416355501	Planilla	2021/03/30
Dirección		BANCO DE OCCIDENTE	
Banco		Banco	
Valor		\$263,800	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			NOVEDADES			PENSION			SALUD			CFE			RIESGOS			PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Registro de Aportes	Planilla	Clave	Limite	Fecha	Pago	Banco	Valor	Codigo	Dias	Aporte	IBCF	Dias	Aporte	IBCF	Dias	Aporte	IBCF	Total Aportes	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						
Ciudad: PROVIDENCIA Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)																						
1	CC 23249592	BOWIE KATIA				230301	30	\$908,526		\$908,526	30	EP5037	30	\$908,526	0	\$0	14-23	30	\$908,526	0	\$0	\$263,800
Total Afiliados (1)																						
Total																						
										\$908,526		\$908,526		\$0		\$0		\$0		\$0	\$263,800	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC 23249592		BOWIE GOMEZ KATIA LUISA	INDEPENDIENTE
Ciudad-Departamento		CASA BAJA	
Teléfono		5555555	
Exonerado SENA e ICBF		No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clave	Tipo	Fecha
Pensión	25303159	Planilla	2021/03/19
Pensión	9416355501	Planilla	2021/03/30
Dirección		BANCO DE OCCIDENTE	
Banco		Banco	
Valor		\$263,800	

RESUMEN DE PAGO											
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR			
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400			
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400			
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,800	\$0	\$0	\$4,800			
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$4,800	\$0	\$0	\$4,800			
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600			
NUEVA E.P.S.	EP5037	900,156,264	2	1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600			
TOTAL				1	\$263,800	\$0	\$0	\$263,800			

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

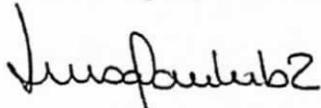
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que KATIA LUISA BOWIE GOMEZ, con Cédula Ciudadanía No. 23249592 contratista de la empresa SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA TELEISLAS, con Nit No. 827000481. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 06/04/2021, para el contrato registrado con fecha desde 01/03/2021 y fecha hasta 31/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 2.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20210101414741.

Dada en Bogotá, a los 5 días del mes de abril de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



AÑO MES DIA
2021 7 9 \$ 2,000,000.00

Páguese a: KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

La suma de: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.

COMPROBANTE DE EGRESO

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA
TELEISLAS

TIPO : 140

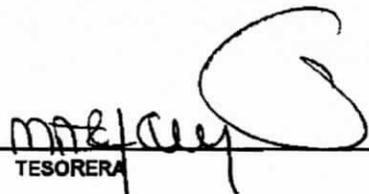
No. : **EEE0905**

FECHA : DIA 9 MES 7 AÑO 2021

CONCEPTO: PRESENTADORA

CODIGO	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
113210010427	85584254-8 PLAN DE INVERSION 2021		2,000,000.00
24010208	PROYECTOS DE INVERSION	2,000,000.00	
TOTALES		2,000,000.00	2,000,000.00

Cheque No.	Firma y Sello del Beneficiario
BANCO: PLAN DE Cuenta No. 855842548	
	Nombre . KATIA LUISA BOWIE GOMEZ C.C. O NIT. 23249592


TESORERA



VIGENCIA: 02-01-11

VERSION No: 1

PERTENECE AL PROCESO: FINANCIERO

PAGINA: 1

FECHA: 31/05/2021

CCP No. 401 PA-0693

VIGENCIA: 2021

BENEFICIARIO	NIT
KATIA LUISA BOWIE GOMEZ	23249592

SUPERVISOR
Freddy Williams/Director de produccion

DETALLE

CONCEPTO : Caus pago servicio como PRESENTADOR para el canal
 FACTURA DE VENTA:
 NUMERO DE RP : RP 157
 TIPO DE CONTRATO: CPS 110 DE 2021

Imputacion presupuestal			Causacion contable			Causacion tesoreria		
Rubro	Reg	Valor	Cuenta	Debito	Credito	Cuenta	Debito	Credito
214020201	rp015	2,000,000	24010208 52117310	2,000,000	2,000,000	111005 24010208	2,000,000	2,000,000
		2,000,000		2,000,000	2,000,000		2,000,000	2,000,000

REVISADO POR
JEFE DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD

ELABORADO POR:
ASISTENTE FINANCIERO

 FIRMA	 FIRMA
-----------	-----------

SON:
DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.

· VALOR A PAGAR 2,000,000
 RETEFUENTE 0
 ANTICIPOS: 0
 NETO A PAGAR: 2,000,000

PAGUESE

FIRMA ORDENADOR DEL GASTO

	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y CUMPLIMIENTO	Versión:02
	Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BROWN BOWIE
No. DE IDENTIFICACIÓN	23249592
No. DEL CONTRATO	110/2021
DURACIÓN	10 MESES
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE PRESENTADOR DE PROGRAMAS DE TELEVISION DEL CANAL TELEISLAS.

INFORMACIÓN FINANCIERA

VALOR CONTRATO	20.000.000
PAGO A REALIZAR	Pago 2 \$ 2.000.000

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 AL 30 de abril 2021
ACTIVIDADES CUMPLIDAS	Las mismas señaladas en el informe del contratista que se certifica mediante el presente documento
OBSERVACIONES	

ANEXOS

CONCEPTO	SÍ	NO	N/A
Informe de actividades	x		
Planilla seguridad social	x		
Factura	x		
FECHA DEL CERTIFICADO	26 / mayo /2021		

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones previstas en el contrato y por lo tanto autorizo el pago.

Freddy Williams

FREDDY ALBERTO WILLIAMS
Director de Produccion

Handwritten mark

	GESTIÓN CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 30/09/2020
	INFORME DE ACTIVIDADES	Versión:03
	Aprobado por: Jefe de planeación – Secretario general	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	23.249.592
No. DEL CONTRATO	110 del 2021. ✓
DURACIÓN	DIEZ (10) MESES
VALOR TOTAL	VEINTE MILLONES DE PESOS (\$20.000.000) M.CTE ✓
OBJETO DEL CONTRATO	Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS ✓

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	1 de abril hasta el 30 de abril del 2021 ✓
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES O PRODUCTO	<ul style="list-style-type: none">• Presentar el programa de televisión WEEKEND• Repasar y estudiar previamente el libreto del programa.
OBSERVACIONES	

DESCRIPCIÓN DE ANEXOS	Informe de actividades, factura y Seguridad social.
FECHA DE PRESENTACIÓN	24 de mayo del 2021. ✓

Katia Bowie Gomez
KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
23.249.592

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.

Estación Simón Bolívar, Shigle Hill, la Loma
Tel. 098-513 2047 Fax. 098-513 2799
San Andrés Islas, Colombia

KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

NIT. 23.249.592

LOMA CLAY MOUNT. CEL.3168406461

e-mail: katbow27@gmail.com

SAN ANDRÉS ISLAS, COLOMBIA

FECHA		
Día	Mes	Año
24	5	2021

FACTURA DE VENTA

No. 02

Régimen Simplificado.

Señor (es): TELEISLAS	827000481-1
Dirección: Shingle Hill	TEL:

CONCEPTO: Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS

TOTAL: \$2.000.000

SON: Dos millones de pesos

Firma

Katia Bowie Gomez

Aceptada de

Fredy Williams

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Telefono		Económico SENAE e ICBF	
Identificación	dv	BOWIE GOMEZ KATIA LUISA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CASA BAJA		PROVIDENCIA-SAN ANDRES		5555555		No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Fecha		Pago		Banco		Pago		Valor	
Periodo	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Planilla	Limite	Pago	Codigo	Dias	Dias Mora	Dias	Mora	Valor
2021-03		32185687	9418236871	I		2021/04/23	2021/06/17	BANCO DE OCCIDENTE		53			\$263,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
					IBC	Aporte	Limite	IBC	Aporte	Limite	IBC	Aporte	Limite	IBC	Aporte	Limite	IBC	Aporte	Limite
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400		\$908,526	\$113,600		\$0	\$0		\$908,526	\$4,800		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400		\$908,526	\$113,600		\$0	\$0		\$908,526	\$4,800		\$0	\$0	
Ciudad: PROVIDENCIA Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400		\$908,526	\$113,600		\$0	\$0		\$908,526	\$4,800		\$0	\$0	
1	CC	23149592	BOWIE KATIA	30	\$908,526	\$145,400	EP5037	\$908,526	\$113,600		0	0		\$908,526	\$4,800	14-23	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$908,526	\$145,400		\$908,526	\$113,600		\$0	\$0		\$908,526	\$4,800		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Telefono		Exonerado SENAE ICBF	
Identificación	dv	BOWIE GOMEZ KATHIA LUISA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CASA BAJA		PROVIDENCIA-SAN ANDRES		5555555		No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Dias Mora		Valor			
Periodo	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	2021/04/23	2021/06/17	Banco	BANCO DE OCCIDENTE		53		\$263,800		
2021-03	32185687	9418236871	1												

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,400	\$0	\$0	\$0	\$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$145,400	\$0	\$0	\$0	\$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,800	\$0	\$0	\$0	\$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$4,800	\$0	\$0	\$0	\$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$113,600	\$0	\$0	\$0	\$113,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$113,600	\$0	\$0	\$0	\$113,600
TOTAL				1	\$263,800	\$0	\$0	\$0	\$263,800

Trama de seguridad para duplicar cheques



AÑO MES DIA
2021 6 4 \$ 2,000,000.00

Páguese a: KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

La suma de: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.

COMPROBANTE DE EGRESO

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA
TELEISLAS

TIPO : 140

No. : **EEE0781**

FECHA : DIA 4 MES 6 AÑO 2021

CONCEPTO: PRESENTADORA

CODIGO	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
113210010427	85584254-8 PLAN DE INVERSION 2021		2,000,000.00
24010208	PROYECTOS DE INVERSION	2,000,000.00	
TOTALES		2,000,000.00	2,000,000.00

Cheque No.

Firma y Sello del Beneficiario

BANCO: PLAN DE
Cuenta No. 855842548

Nombre . KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
C.C. O NIT. 23249592


TESORERA

COMPROBANTE DE CAUSACION Y PAGO



VIGENCIA: 02-01-11

VERSION No: 1

PERTENECE AL PROCESO: FINANCIERO

PAGINA: 1

FECHA: 31/05/2021

VIGENCIA: 2021

CCP No. 401 PA-0730

BENEFICIARIO

NIT

KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

23249592

SUPERVISOR

Freddy Williams/Director de produccion

DETALLE

CONCEPTO : Caus pago servicio como PRESENTADORA para el canal

FACTURA DE VENTA:

NUMERO DE RP : RP 157

TIPO DE CONTRATO: CPS 110 DE 2021

Imputacion presupuestal			Causacion contable			Causacion tesoreria		
Rubro	Reg	Valor	Cuenta	Debito	Credito	Cuenta	Debito	Credito
214020201	rp015	2,000,000	24010208 52117310	2,000,000	2,000,000	111005 24010208	2,000,000	2,000,000
		2,000,000		2,000,000	2,000,000		2,000,000	2,000,000

REVISADO POR
JEFE DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDADELABORADO POR:
ASISTENTE FINANCIERO

FIRMA

FIRMA

SON:
DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.

VALOR A PAGAR	2,000,000
RETEFUENTE	0
ANTICIPOS:	0
NETO A PAGAR:	2,000,000

PAGUESE

FIRMA ORDENADOR DEL GASTO



GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL

Fecha de aprobación:
15/07/2019**CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y
CUMPLIMIENTO**

Versión:02

Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BROWN BOWIE
No. DE IDENTIFICACIÓN	23249592
No. DEL CONTRATO	110/2021
DURACIÓN	10 MESES
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE PRESENTADOR DE PROGRAMAS DE TELEVISION DEL CANAL TELEISLAS.

INFORMACIÓN FINANCIERA

VALOR CONTRATO	20.000.000
PAGO A REALIZAR	Pago 3 \$ 2.000.000

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 AL 31 de mayo 2021
ACTIVIDADES CUMPLIDAS	Las mismas señaladas en el informe del contratista que se certifica mediante el presente documento
OBSERVACIONES	

ANEXOS

CONCEPTO	SÍ	NO	N/A
Informe de actividades	x		
Planilla seguridad social	x		
Factura	x		
FECHA DEL CERTIFICADO	31/ mayo /2021		

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones previstas en el contrato y por lo tanto autorizo el pago.

FREDDY ALBERTO WILLIAMS
Director de Produccion

a

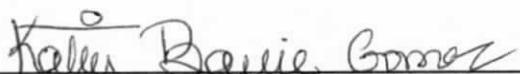
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 30/09/2020
	INFORME DE ACTIVIDADES	Versión:03
	Aprobado por: Jefe de planeación – Secretario general	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	23.249.592
No. DEL CONTRATO	110 del 2021.
DURACIÓN	DIEZ (10) MESES
VALOR TOTAL	VEINTE MILLONES DE PESOS (\$20.000.000) M.CTE
OBJETO DEL CONTRATO	Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	1 de mayo hasta el 31 de mayo del 2021 ✓
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES O PRODUCTO	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar el programa de televisión WEEKEND • Repasar y estudiar previamente el libreto del programa.
OBSERVACIONES	
DESCRIPCIÓN DE ANEXOS	Informe de actividades, factura y Seguridad social.
FECHA DE PRESENTACIÓN	31 de mayo del 2021. ✓



 KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
23.249.592

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.

Estación Simón Bolívar, Shigle Hill, la Loma
 Tel. 098-513 2047 Fax. 098-513 2799
 San Andrés Islas, Colombia

KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

NIT. 23.249.592

LOMA CLAY MOUNT. CEL.3168406461

e-mail: katbow27@gmail.com

SAN ANDRÉS ISLAS, COLOMBIA

FECHA		
Día	Mes	Año
31	5	2021

FACTURA DE VENTA

No. 03

Régimen Simplificado.

Señor (es): TELEISLAS	827000481-1
Dirección: Shingle Hill	TEL:

CONCEPTO: Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS

TOTAL:	\$2.000.000
SON: Dos millones de pesos	

Firma Katia Bowie Gomez

Aceptada de _____

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENa e ICBF	
CC 23249992		BOWIE GOMEZ KATIA LUISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA BAJA	PROVIDENCIA-SAN ANDRES	55555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago		Valor		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Banco	Dias Mora			
2021-04	2021-04	9419435637	I	2021/05/24	2021/05/10 BANCO DE OCCIDENTE	0	\$263,800		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO																			
No.	Identificación	Nombres	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES				
			Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (4 Afiliados)					\$145,400			\$113,600			\$0			\$908,526		\$4,800	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$145,400			\$113,600			\$0			\$908,526		\$4,800	\$0		
Ciudad: PROVIDENCIA Depto.: SAN ANDRES (1 Afiliados)					\$145,400			\$113,600			\$0			\$908,526		\$4,800	\$0		
1	CC 23249992	BOWIE KATIA	310301	30	\$145,400	EP5037	30	\$113,600			\$0	14-23	30	\$908,526		\$4,800	\$0		
Total	Afiliados(1)				\$145,400			\$113,600			\$0			\$908,526		\$4,800	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				Clase Aportante		Dirección		Ciudad/Departamento		Teléfono		Exonerado SENa e ICBF	
Identificación	dv	Razon Social		Sucursal Principal									No
CC 23249992		BOWIE GOMEZ NATIA LUISA		PRINCIPAL		CASA BAJA		PROVIDENCIA SAN ANDRES		5555555			
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION													
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Dias Mora		Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco						Valor
2021-04	2021-04	21376035	9419435637		2021/05/24	2021/05/10	BANCO DE OCCIDENTE			0			\$263,800
RESUMEN DE PAGO													
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR				
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$145,400	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$145,400
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$145,400	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$4,800	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$4,800	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$113,600	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$113,600
NUEVA E.P.S.		EP5037	900,156,264	2	1	\$113,600	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$113,600
TOTAL					1	\$263,800	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$263,800

Trama de seguridad para duplicar cheques



AÑO MES DIA
2021 7 13 \$ 2,000,000.00

Páguese a: KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

La suma de: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA
TELEISLAS

COMPROBANTE DE EGRESO

TIPO : 140

No. : **EEE1014**

FECHA : DIA 13 MES 7 AÑO 2021

CONCEPTO: PRESENTADORA

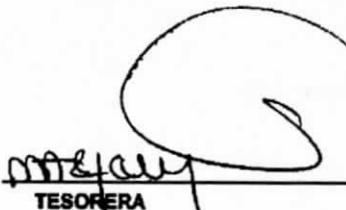
CODIGO	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
113210010427	85584254-8 PLAN DE INVERSION 2021		2,000,000.00
24010208	PROYECTOS DE INVERSION	2,000,000.00	
TOTALES		2,000,000.00	2,000,000.00

Cheque No.

Firma y Sello del Beneficiario

BANCO: PLAN DE
Cuenta No. 855842548

Nombre . KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
C.C. O NIT. 23249592


TESORERA

PA-GF-R1		DESCRIPCION DEL DOCUMENTO COMPROBANTE DE CAUSACION Y PAGO		 PAGINA: 1	
VIGENCIA:	02-01-11	PERTENECE AL PROCESO: FINANCIERO			
VERSION No:	1				

FECHA: 06/07/2021

CCP No. 401 PA-0917

VIGENCIA: 2021

BENEFICIARIO	NIT
KATIA LUISA BOWIE GOMEZ	23249592

SUPERVISOR
Freddy Williams/Director de produccion

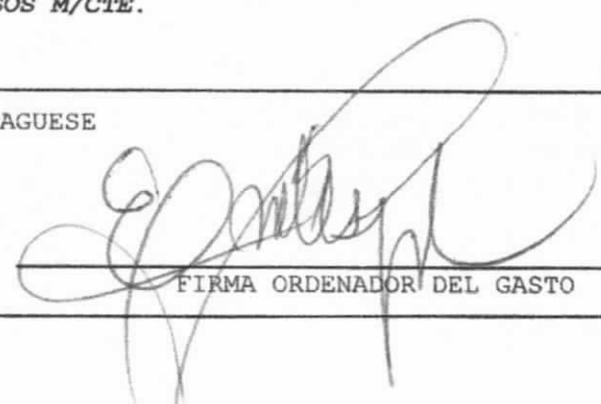
DETALLE	
CONCEPTO :	Caus pago servicio como PRESENTADORA para el canal
FACTURA DE VENTA:	
NUMERO DE RP :	RP 157
TIPO DE CONTRATO:	CPS 110 DE 2021

Imputacion presupuestal			Causacion contable			Causacion tesoreria		
Rubro	Reg	Valor	Cuenta	Debito	Credito	Cuenta	Debito	Credito
214020201	rp015	2,000,000	24010208 52117310	2,000,000	2,000,000	111005 24010208	2,000,000	2,000,000
		2,000,000		2,000,000	2,000,000		2,000,000	2,000,000

REVISADO POR JEFE DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD	ELABORADO POR: ASISTENTE FINANCIERO
--	--

 FIRMA	 FIRMA
---	--

MON: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.	VALOR A PAGAR 2,000,000 RETEFUENTE 0 ANTICIPOS: 0 NETO A PAGAR: 2,000,000
--------------------------------------	---

PAGUESE
 FIRMA ORDENADOR DEL GASTO

	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y CUMPLIMIENTO	Versión:02
	Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BROWN BOWIE
No. DE IDENTIFICACIÓN	23249592
No. DEL CONTRATO	110/2021
DURACIÓN	10 MESES
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE PRESENTADOR DE PROGRAMAS DE TELEVISION DEL CANAL TELEISLAS.

INFORMACIÓN FINANCIERA

VALOR CONTRATO	20.000.000
PAGO A REALIZAR	Pago 4 \$ 2.000.000

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 AL 30 de junio 2021
ACTIVIDADES CUMPLIDAS	Las mismas señaladas en el informe del contratista que se certifica mediante el presente documento
OBSERVACIONES	

ANEXOS

CONCEPTO	SÍ	NO	N/A
Informe de actividades	x		
Planilla seguridad social	x		
Factura	x		
FECHA DEL CERTIFICADO	6/de julio/2021		

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones previstas en el contrato y por lo tanto autorizo el pago.

Freddy Williams

FREDDY ALBERTO WILLIAMS
Director de Produccion

	GESTIÓN CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 30/09/2020
	INFORME DE ACTIVIDADES	Versión:03
	Aprobado por: Jefe de planeación – Secretario general	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	23.249.592
No. DEL CONTRATO	110 del 2021.
DURACIÓN	DIEZ (10) MESES
VALOR TOTAL	VEINTE MILLONES DE PESOS (\$20.000.000) M.CTE
OBJETO DEL CONTRATO	Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	1 de junio hasta el 30 de junio del 2021 ✓
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES O PRODUCTO	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar el programa de televisión WEEKEND • Repasar y estudiar previamente el libreto del programa.
OBSERVACIONES	
DESCRIPCIÓN DE ANEXOS	Informe de actividades, factura y Seguridad social.
FECHA DE PRESENTACIÓN	2 de julio de 2021. ✓


 KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
23.249.592

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.

Estación Simón Bolívar, Shigle Hill, la Loma
 Tel. 098-513 2047 Fax. 098-513 2799
 San Andrés Islas, Colombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 23249992	BOWIE GOMEZ KATIA LUISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA BAJA	PROVIDENCIA-SAN ANDRES	9555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Valor
2021-05	9420599569	1	2021/06/23	2021/06/29	BANCO DE OCCIDENTE	\$263,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
Sucursales: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$4,800	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$4,800	\$0
Ciudad: PROVIDENCIA Depto: SAN ANDRES (1 Afiliado)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$4,800	\$0
1	CC 23249592	BOWIE KATIA	230301	30	\$908,526	\$145,400	EP6037	30	\$908,526	\$113,600	0	0	\$0	\$0	14-23	30	\$4,800	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$4,800	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE e ICDF	No
CC 2324952		BOWIE GOMEZ KATIA LUISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA BAJA	PROVIDENCIA-SAN ANDRES	5555555		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2021-05	9410999569	36300171	1	2021/06/23	2011/06/29	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$263,800	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,800	\$0	\$0	\$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$4,800	\$0	\$0	\$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600
NUEVA E.P.S.	EP5037	900,156,264	2	1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600
TOTAL				1	\$263,800	\$0	\$0	\$263,800

KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

NIT. 23.249.592

LOMA CLAY MOUNT. CEL.3168406461

e-mail: katbow27@gmail.com

SAN ANDRÉS ISLAS, COLOMBIA

FECHA		
Día	Mes	Año
2	7	2021

FACTURA DE VENTA

No. 04

Régimen Simplificado.

Señor (es): TELEISLAS	827000481-1
Dirección: Shingle Hill	TEL:

CONCEPTO: Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS

TOTAL:	\$2.000.000
SON: Dos millones de pesos	

Firma

Katia Bowie G.

Aceptada de _____

Trama de seguridad para duplicar cheques



AÑO MES DIA
2021 8 24 \$ 2,000,000.00

Páguese a: KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

La suma de: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA
TELEISLAS

COMPROBANTE DE EGRESO

TIPO : 140

No. : **EEE1226**

FECHA : DIA 24 MES 8 AÑO 2021

CONCEPTO: PRESENTADORA

CODIGO	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
113210010427	85584254-8 PLAN DE INVERSION 2021		2,000,000.00
24010208	PROYECTOS DE INVERSION	2,000,000.00	
TOTALES		2,000,000.00	2,000,000.00

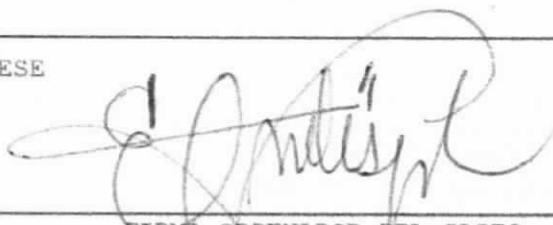
Cheque No.

Firma y Sello del Beneficiario

BANCO: PLAN DE
Cuenta No. 855842548

Nombre . KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
C.C. O NIT. 23249592


TESORERA

PA-GF-RI		DESCRIPCION DEL DOCUMENTO COMPROBANTE DE CAUSACION Y PAGO				TELEFISL			
VIGENCIA:	02 01 11	PERTENECE AL PROCESO: FINANCIERO				PAGINA: 1			
VERSION No:	1								
FECHA:		11/08/2021		CCP No. 401 PA-1093					
VIGENCIA:		2021							
BENEFICIARIO						NIT			
KATIA LUISA BOWIE GOMEZ						23249592			
SUPERVISOR									
Freddy Williams/Director de produccion									
DETALLE									
CONCEPTO		: Caus pago servicio como PRESENTADORA para el canal							
FACTURA DE VENTA:									
NUMERO DE RP		: RP 157							
TIPO DE CONTRATO:		: CPS 110 DE 2021							
Imputacion presupuestal			Causacion contable			Causacion tesoreria			
bro	Reg	Valor	Cuenta	Debito	Credito	Cuenta	Debito	Credito	
214020201	rp0157	2,000,000	24010208 52117310	2,000,000	2,000,000	111005 24010208	2,000,000	2,000,000	
		2,000,000		2,000,000	2,000,000		2,000,000	2,000,000	
REVISADO POR				ELABORADO POR:					
JEFE DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD				ASISTENTE FINANCIERO					
 FIRMA				 FIRMA					
SON:		VALOR A PAGAR							2,000,000
DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.		RETEFUENTE							0
		ANTICIPOS:							0
		NETO A PAGAR:							2,000,000
PAGUESE									
 FIRMA ORDENADOR DEL GASTO									

	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y CUMPLIMIENTO	Versión:02
	Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	23249592
No. DEL CONTRATO	110/2021
DURACIÓN	10 MESES
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE PRESENTADOR DE PROGRAMAS DE TELEVISION DEL CANAL TELEISLAS.

INFORMACIÓN FINANCIERA

VALOR CONTRATO	20.000.000
PAGO A REALIZAR	Pago 5 \$ 2.000.000

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 AL 31 julio de 2021
ACTIVIDADES CUMPLIDAS	Las mismas señaladas en el informe del contratista que se certifica mediante el presente documento
OBSERVACIONES	

ANEXOS

CONCEPTO	SÍ	NO	N/A
Informe de actividades	x		
Planilla seguridad social	x		
Factura	x		
FECHA DEL CERTIFICADO	11/ de agosto/2021		

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones previstas en el contrato y por lo tanto autorizo el pago.

Freddy Williams

FREDDY ALBERTO WILLIAMS
Director de Produccion

KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

NIT. 23.249.592

LOMA CLAY MOUNT. CEL.3168406461

e-mail: katbow27@gmail.com

SAN ANDRÉS ISLAS, COLOMBIA

FECHA		
Día	Mes	Año
6	8	2021

FACTURA DE VENTA

No.

05

Régimen Simplificado.

Señor (es): TELEISLAS	827000481-1
Dirección: Shingle Hill	TEL:

CONCEPTO: Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS

TOTAL:

\$2.000.000

SON: Dos millones de pesos

Firma

Katia Bowie G.

Aceptada de

Freddy Williams

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE e ICBF
CC 23249992	BOMBE GOMEZ KATIA LUISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA BAJA	PROVIDENCIA-SAN ANDRES	95555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
2021-06	9421835464	I	2021/07/23	2021/08/05	\$263,800

Limite: 2021/07/23

Banco: BANCO DE OCCIDENTE

Dias Mora: 0

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
			Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC
Sucursales: PRINCIPAL (3 Afiliados)					\$908,526	\$145,400	\$908,526	\$113,600	\$0	\$0	\$0	\$4,800	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400	\$908,526	\$113,600	\$0	\$0	\$0	\$4,800	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Ciudad: PROVIDENCIA Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400	\$908,526	\$113,600	\$0	\$0	\$0	\$4,800	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1	CC 23249992	BOMBE KATIA	30		\$908,526	\$145,400	\$908,526	\$113,600	EP027	35	\$0	\$0	\$0	14-23	30	\$4,800	\$0
Total	Afiliados(1)				\$908,526	\$145,400	\$908,526	\$113,600	\$0	\$0	\$0	\$4,800	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Telefono	Exonerado SENA	ICBF
CC 2324992		BOWIE GOMEZ KATIA LUISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA BAJA	PROVIDENCIA-SAN ANDRES	5555555	No	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Planilla	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	55380479	9421835464	1		2021/07/23	2021/08/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$203,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,400	\$0	\$0	\$0	\$145,400
PORVENIR	230301	800,254,808	8	1	\$145,400	\$0	\$0	\$0	\$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,800	\$0	\$0	\$0	\$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$4,800	\$0	\$0	\$0	\$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$113,600	\$0	\$0	\$0	\$113,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$113,600	\$0	\$0	\$0	\$113,600
TOTAL				1	\$263,800	\$0	\$0	\$0	\$263,800

	GESTIÓN CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 30/09/2020
	INFORME DE ACTIVIDADES	Versión:03
	Aprobado por: Jefe de planeación – Secretario general	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	23.249.592
No. DEL CONTRATO	110 del 2021.
DURACIÓN	DIEZ (10) MESES
VALOR TOTAL	VEINTE MILLONES DE PESOS (\$20.000.000) M.CTE
OBJETO DEL CONTRATO	Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	1 de julio hasta el 31 de julio del 2021
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES O PRODUCTO	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar el programa de televisión WEEKEND • Repasar y estudiar previamente el libreto del programa.
OBSERVACIONES	
DESCRIPCIÓN DE ANEXOS	Informe de actividades, factura y Seguridad social.
FECHA DE PRESENTACIÓN	6 de agosto de 2021.

Katia Bowie Gomez

KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

23.249.592

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.

Estación Simón Bolívar, Shigle Hill, la Loma
Tel. 098-513 2047 Fax. 098-513 2799
San Andrés Islas, Colombia



AÑO MES DIA
2021 10 8 \$ 2,000,000.00

Páguese a: KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

La suma de: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.

COMPROBANTE DE EGRESO

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA
TELEISLAS

TIPO : 140 No. : **EEE1494**
FECHA : DIA 8 MES 10 AÑO 2021

CONCEPTO: **PRESENTADORA**

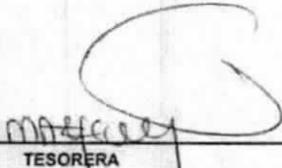
CODIGO	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
113210010427	85584254-8 PLAN DE INVERSION 2021		2,000,000.00
24010208	PROYECTOS DE INVERSION	2,000,000.00	
TOTALES		2,000,000.00	2,000,000.00

Cheque No.

Firma y Sello del Beneficiario

BANCO: PLAN DE
Cuenta No. 855842548

Nombre: KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
C.C. O NIT. 23249592


TESORERA

PA-GF-R1		DESCRIPCION DEL DOCUMENTO COMPROBANTE DE CAUSACION Y PAGO		 PAGINA: 1
VIGENCIA:	02-01-11	PERTENECE AL PROCESO: FINANCIERO		
VERSION No:	1			

FECHA: 30/09/2021 **CCP No. 401 PA-1388**
VIGENCIA: 2021

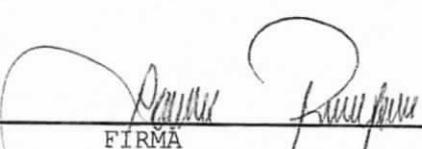
BENEFICIARIO	NIT
KATIA LUISA BOWIE GOMEZ	23249592

SUPERVISOR
 Freddy Williams/Director de produccion

DETALLE

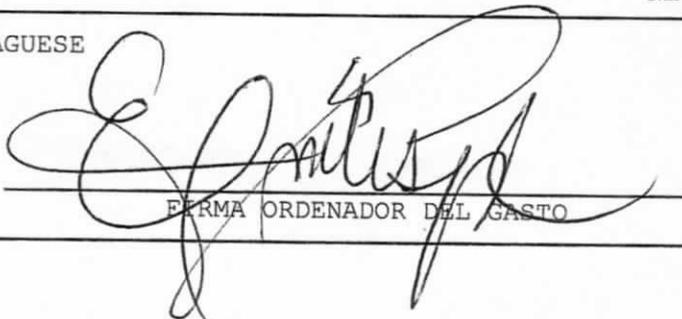
CONCEPTO : Caus pago servicio como PRESENTADORA para el canal
 FACTURA DE VENTA:
 NUMERO DE RP : RP 157
 TIPO DE CONTRATO: CPS 110 DE 2021

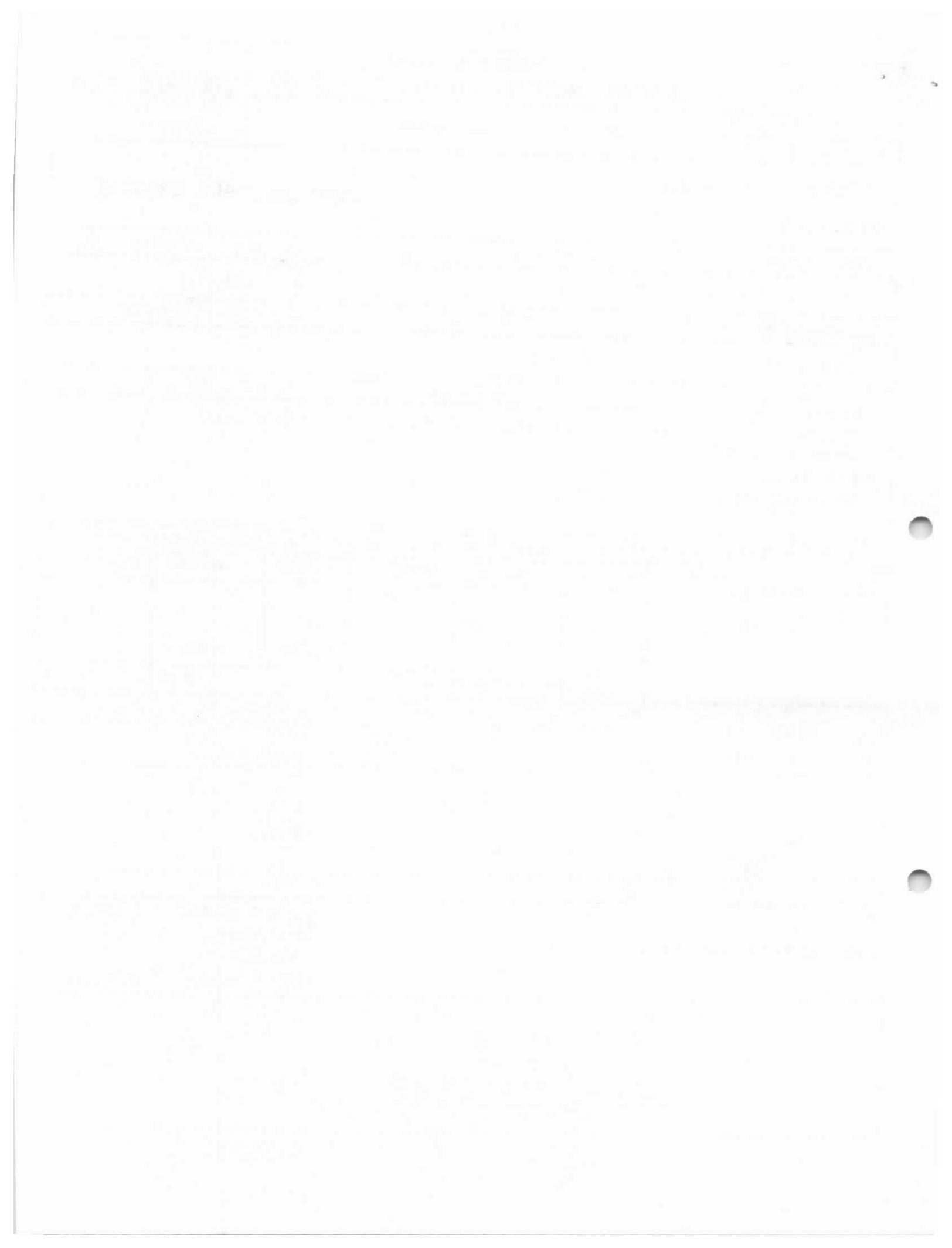
Imputacion presupuestal			Causacion contable			Causacion tesoreria		
Rubro	Reg	Valor	Cuenta	Debito	Credito	Cuenta	Debito	Credito
214020201	rp0157	2,000,000	24010208 52117310	2,000,000	2,000,000	111005 24010208	2,000,000	2,000,000
		2,000,000		2,000,000	2,000,000		2,000,000	2,000,000

REVISADO POR JEFE DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD	ELABORADO POR: ASISTENTE FINANCIERO
 FIRMA	 FIRMA

SON: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.	VALOR A PAGAR 2,000,000 RETEFUENTE 0 ANTICIPOS: 0 NETO A PAGAR: 2,000,000
--------------------------------------	---

PAGUESE


 FIRMA ORDENADOR DEL GASTO



	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y CUMPLIMIENTO	Versión:02
	Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	23249592
No. DEL CONTRATO	110/2021
DURACIÓN	10 MESES
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE PRESENTADOR DE PROGRAMAS DE TELEVISION DEL CANAL TELEISLAS.

INFORMACIÓN FINANCIERA

VALOR CONTRATO	20.000.000
PAGO A REALIZAR	Pago 6 \$ 2.000.000

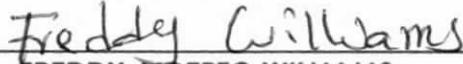
REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 al 31 de agosto de 2021
ACTIVIDADES CUMPLIDAS	Las mismas señaladas en el informe del contratista que se certifica mediante el presente documento
OBSERVACIONES	

ANEXOS

CONCEPTO	SÍ	NO	N/A
Informe de actividades	x		
Planilla seguridad social	x		
Factura	x		
FECHA DEL CERTIFICADO	30/ de sept/2021		

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones previstas en el contrato y por lo tanto autorizo el pago.


FREDDY ALBERTO WILLIAMS
 Director de Produccion

	GESTIÓN CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	INFORME DE ACTIVIDADES	Versión:03
	Aprobado por: Jefe de planeación – Secretario general	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	CC.23249592
No. DEL CONTRATO	110/2021
DURACIÓN	10 MESES
VALOR TOTAL	20.000.000
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PRESENTADORA DE PROGRAMAS DEL CANAL REGIONAL TELEISLAS.

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 AL 31 DE AGOSTO 2021
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES O PRODUCTO	Presente el programa de televisión WEEKEND Repase y estudie previamente el libreto del programa. Realice informes especiales periódicamente según indicaciones del director del programa. • Acate el manual de ética del canal regional Teleislas. ¿Y Otras actividades asignadas por el supervisor de? contrato en el marco del objeto
OBSERVACIONES	

DESCRIPCIÓN DE ANEXOS	Planilla de seguridad social de mayo, documento equivalente
FECHA DE PRESENTACIÓN	septiembre 30 de 2021

Katia Bowie Gomez

KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

FACTURA EQUIVALENTE

NOMBRE DE LA ENTIDAD:

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA.

Estación Simón Bolívar, Sector la Loma. Tel. 098-5132047

Fax 098-5132799. www.teleislas.com.co

San Andrés Isla, Colombia.

DOCUMENTO EQUIVALENTE

FACTURA 06

NOMBRE DE PERSONA NATURAL: Katia Bowie Gómez

CIUDAD Y FECHA: SAN ANDRES ISLAS 30 de septiembre 2021

IDENTIFICACION: C.C 23249592 DE SAI

DESCRIPCION	CANTIDAD	TOTAL
PRESTACION DE SERVICIOS COMO PRESENTADORA DEL PROGRAMA FIWI WEKKEND		
TOTAL		2.000.000

FIRMA

Katia Bowie

ACEPTADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Dirección		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	Razon Social	INDEPENDIENTE	CASA BAJA	PROVIDENCIA-SAN ANDRES	5555555	No				
CC 23249592		BOWIE GOMEZ KATIA LUBA									

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Fecha		Banco		Valor	
Periodo	Salud	Pago	Limite	Pago	Dias Mora	7	\$263,800
2021-07	1109160479	9422979612	2021/08/23	2021/08/30	BANCOLOMBIA		

No.	Identificación	Nombre	NOVEDADES			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
			Ingresos	Base	Imp	Cod	Dias	IBC	Aporte	Cod	Dias	IBC	Aporte	Cod	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					
Ciudad: PROVIDENCIA Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)																					
1	CC 23249592	BOWIE KATIA				230301	30	\$145,400	\$145,400	EP0307	30	\$4,800	54,800	0	50	\$4,800	54,800	0	50	No	\$263,800
Total Afiliados (1)																					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Dirección		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	Razon Social	INDEPENDIENTE	CASA BAJA	PROVIDENCIA-SAN ANDRES	5555555	No				
CC 23249592		BOWIE GOMEZ KATIA LUBA									

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Fecha		Banco		Valor	
Periodo	Salud	Pago	Limite	Pago	Dias Mora	7	\$263,800
2021-07	1109160479	9422979612	2021/08/23	2021/08/30	BANCOLOMBIA		

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,800	\$0	\$0	\$4,800
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$4,800	\$0	\$0	\$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600
NUOVA E.P.S.	EP0307	900,156,264	2	1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600
TOTAL				1	\$263,800	\$0	\$0	\$263,800



AÑO MES DIA
2021 10 12 \$ 2,000,000.00

Páguese a: KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

La suma de: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.

COMPROBANTE DE EGRESO

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA
TELEISLAS

TIPO : 140

No. : **EEE1545**

FECHA : DIA 12 MES 10 AÑO 2021

CONCEPTO: **PRESENTADORA**

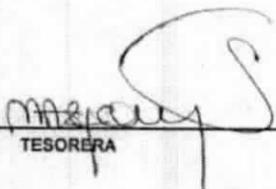
CODIGO	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
113210010427	85584254-8 PLAN DE INVERSION 2021		2,000,000.00
24010208	PROYECTOS DE INVERSION	2,000,000.00	
TOTALES		2,000,000.00	2,000,000.00

Cheque No.

Firma y Sello del Beneficiario

BANCO: PLAN DE
Cuenta No. 855842548

Nombre: KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
C.C. O NIT. 23249592


TESORERA

PA-GF-R1		DESCRIPCION DEL DOCUMENTO COMPROBANTE DE CAUSACION Y PAGO		 PAGINA: 1
VIGENCIA:	02-01-11	PERTENECE AL PROCESO: FINANCIERO		
VERSION No:	1			

FECHA: 06/10/2021

CCP No. 401 PA-1430

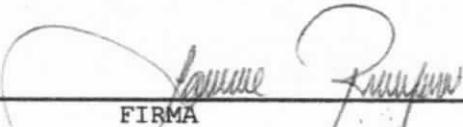
VIGENCIA: 2021

BENEFICIARIO	NIT
KATIA LUISA BOWIE GOMEZ	23249592

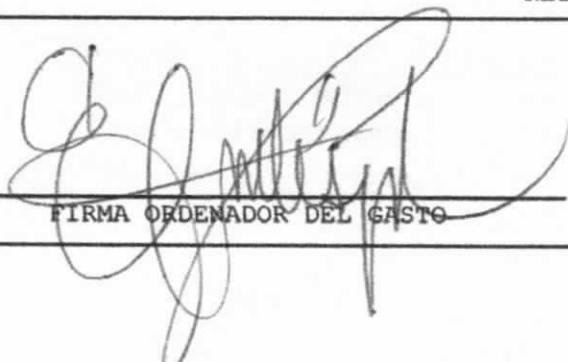
SUPERVISOR
Freddy Williams/Director de produccion

DETALLE	
CONCEPTO :	Caus pago servicio como PRESENTADORA para el canal
FACTURA DE VENTA:	
NUMERO DE RP :	RP 157
TIPO DE CONTRATO:	CPS 110 DE 2021

Imputacion presupuestal			Causacion contable			Causacion tesoreria		
Rubro	Reg	Valor	Cuenta	Debito	Credito	Cuenta	Debito	Credito
214020201	rp0157	2,000,000	24010208 52117310	2,000,000	2,000,000	111005 24010208	2,000,000	2,000,000
		2,000,000		2,000,000	2,000,000		2,000,000	2,000,000

REVISADO POR JEFE DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD	ELABORADO POR: ASISTENTE FINANCIERO
 FIRMA	 FIRMA

SON: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.	VALOR A PAGAR	2,000,000
	RETEFUENTE	0
	ANTICIPOS:	0
	NETO A PAGAR:	2,000,000

PAGUESE	 FIRMA ORDENADOR DEL GASTO
---------	---



GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL

Fecha de aprobación:
15/07/2019**CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y CUMPLIMIENTO**

Versión:02

Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	23249592
No. DEL CONTRATO	110/2021
DURACIÓN	10 MESES
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE PRESENTADOR DE PROGRAMAS DE TELEVISION DEL CANAL TELEISLAS.

INFORMACIÓN FINANCIERA

VALOR CONTRATO	20.000.000
PAGO A REALIZAR	Pago 7 \$ 2.000.000

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 al 30 de septiembre de 2021
ACTIVIDADES CUMPLIDAS	Las mismas señaladas en el informe del contratista que se certifica mediante el presente documento
OBSERVACIONES	

ANEXOS

CONCEPTO	SÍ	NO	N/A
Informe de actividades	x		
Planilla seguridad social	x		
Factura	x		
FECHA DEL CERTIFICADO	06/10/2021		

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones previstas en el contrato y por lo tanto autorizo el pago.

FREDDY ALBERTO WILLIAMS
Director de Produccion

	GESTIÓN CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 30/09/2020
	INFORME DE ACTIVIDADES	Versión:03
	Aprobado por: Jefe de planeación – Secretario general	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	23.249.592
No. DEL CONTRATO	110 del 2021. ✓
DURACIÓN	DIEZ (10) MESES
VALOR TOTAL	VEINTE MILLONES DE PESOS (\$20.000.000) M.CTE ✓
OBJETO DEL CONTRATO	Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS ✓

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	1 de septiembre hasta el 30 de septiembre del 2021 ✓
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES O PRODUCTO	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar el programa de televisión WEEKEND • Repasar y estudiar previamente el libreto del programa.
OBSERVACIONES	
DESCRIPCIÓN DE ANEXOS	Informe de actividades, factura y Seguridad social.
FECHA DE PRESENTACIÓN	30 de septiembre de 2021. ✓

Katia Bowie Gomez

KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
23.249.592

KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

NIT. 23.249.592

LOMA CLAY MOUNT. CEL.3168406461

e-mail: katbow27@gmail.com

SAN ANDRÉS ISLAS, COLOMBIA

FECHA		
Día	Mes	Año
30	9	2021

FACTURA DE VENTA

No.

07

Régimen Simplificado.

Señor (es): TELEISLAS	827000481-1
Dirección: Shingle Hill	TEL:

CONCEPTO: Contratación de una persona natural para la prestación de servicios personales como PRESENTADOR 1 de programas de televisión del canal TELEISLAS

TOTAL:	\$2.000.000
SON: Dos millones de pesos	

Firma Katia Bowie

Aceptada de Freddy Williams

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF		
CC 23246592		BOWIE GÓMEZ KATIA LUISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA BAJA	PROVIDENCIA-SAN ANDRÉS	5555555	No		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Fecha		Pago		Valor	
Pensión	Salud	Planilla	Tipo	Limite	Pago	Banco	Dias Mora		
2021-08	2021-08	9424175979	I	2021/09/21	2021/10/04	BANCOLOMBIA	13		\$263,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES					
No.	Identificación	Hombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
	Sucursal: PRINCIPAL (3 Afiliados)				\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$908,526	\$0			\$908,526	\$4,800			\$0	\$0
	Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)				\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$908,526	\$0			\$908,526	\$4,800			\$0	\$0
	Ciudad: PROVIDENCIA Depto: SAN ANDRÉS (1 Afiliados)				\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$908,526	\$0			\$908,526	\$4,800			\$0	\$0
1	CC 23246592	BOWIE KATIA	203001	30	\$908,526	\$145,400	EP5037	30	\$908,526	\$113,600	0		\$908,526	\$0	14-23	30	\$908,526	\$4,800	0		\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$908,526	\$0			\$908,526	\$4,800			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF		
CC 23249592		BOWIE GOMEZ MATIA LUISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA BAJA	PROVIDENCIA-SAN ANDRES	5555555	No		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periudo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor	
2021-08	2021-08	1152243189	9424175979	1	1	2021/09/21	2021/10/04	13	\$263,600	

RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)										
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)										
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$4,800	\$0	\$0	\$4,800		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)										
NUJEVA E.P.S.	EP5037	900,156,264	2	1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600		
TOTAL				1	\$263,800	\$0	\$0	\$263,800		



AÑO MES DIA
2021 11 5 \$ 2,000,000.00

Páguese a: KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
La suma de: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.

COMPROBANTE DE EGRESO

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA
TELEISLAS

TIPO : 140 No. : **EEE1680**
FECHA : DIA 5 MES 11 AÑO 2021

CONCEPTO: PRESENTADOR

CODIGO	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
113210010427	85584254-8 PLAN DE INVERSION 2021		2,000,000.00
24010208	PROYECTOS DE INVERSION	2,000,000.00	
TOTALES		2,000,000.00	2,000,000.00

Cheque No.

BANCO: PLAN DE
Cuenta No. 855842548

Firma y Sello del Beneficiario

Nombre . KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
C.C. O NIT. 23249592

TESORERA

PA-GF-R1		DESCRIPCION DEL DOCUMENTO COMPROBANTE DE CAUSACION Y PAGO		 PAGINA: 1
VIGENCIA:	02-01-11	PERTENECE AL PROCESO: FINANCIERO		
VERSION No:	1			

FECHA: 02/11/2021

CCP No. 401 PA-1579

VIGENCIA: 2021

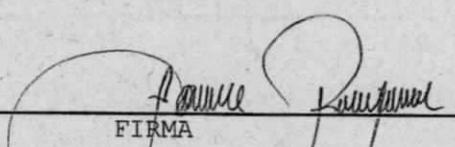
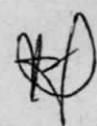
BENEFICIARIO	NIT
KATIA LUISA BOWIE GOMEZ	23249592

SUPERVISOR
 Freddy Williams/Director de produccion

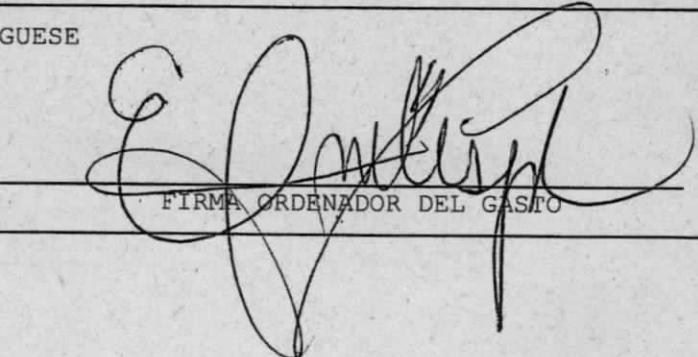
DETALLE
 CONCEPTO : Caus pago servicio como PRESENTADOR para el canal
 FACTURA DE VENTA:
 NUMERO DE RP : RP 157
 TIPO DE CONTRATO: CPS 110 DE 2021

Imputacion presupuestal			Causacion contable			Causacion tesoreria		
Rubro	Reg	Valor	Cuenta	Debito	Credito	Cuenta	Debito	Credito
214020201	rp0157	2,000,000	24010208 52117310	2,000,000	2,000,000	111005 24010208	2,000,000	2,000,000
		2,000,000		2,000,000	2,000,000		2,000,000	2,000,000

REVISADO POR: JEFE DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD
 ELABORADO POR: ASISTENTE FINANCIERO

FIRMA  FIRMA 

SON: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.
 VALOR A PAGAR 2,000,000
 RETEFUENTE 0
 ANTICIPOS: 0
 NETO A PAGAR: 2,000,000

PAGUESE

 FIRMA ORDENADOR DEL GASTO

	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y CUMPLIMIENTO	Versión:02
	Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	23249592
No. DEL CONTRATO	110/2021
DURACIÓN	10 MESES
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE PRESENTADOR DE PROGRAMAS DE TELEVISION DEL CANAL TELEISLAS.

INFORMACIÓN FINANCIERA

VALOR CONTRATO	20.000.000
PAGO A REALIZAR	Pago 8 \$ 2.000.000

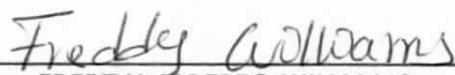
REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 al 31 de octubre de 2021
ACTIVIDADES CUMPLIDAS	Las mismas señaladas en el informe del contratista que se certifica mediante el presente documento
OBSERVACIONES	

ANEXOS

CONCEPTO	SÍ	NO	N/A
Informe de actividades	x		
Planilla seguridad social	x		
Factura	x		
FECHA DEL CERTIFICADO	02/noviembre/2021		

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones previstas en el contrato y por lo tanto autorizo el pago.



FREDDY ALBERTO WILLIAMS
 Director de Produccion

	GESTIÓN CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	INFORME DE ACTIVIDADES	Versión:02
	Aprobado por: Orfa Carreño Corpus y Alain Lever Williams	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	Katia Bowie gomez
No. DE IDENTIFICACIÓN	23249529
No. DEL CONTRATO	110/2020 ✓
DURACIÓN	10 meses ✓
VALOR TOTAL	20.000.000 ✓
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PRESENTADPRA 1 DE PROGRAMAS DE TELEVISION DEL CANAL REGIONAL TELEISLAS. ✓

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 al 31 de octubre de 2021 ✓
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES O PRODUCTO	<p>Durante el periodo reportado se llevaron a cabo las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se repaso el libreto previamente al programa ➤ Asistí las reuniones de parte de las directrices ➤ Se presento el programa durante el mes mencionado
OBSERVACIONES	

DESCRIPCIÓN DE ANEXOS	FACTURA, PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL
FECHA DE PRESENTACIÓN	02 de noviembre de 2021 ✓


 Katia Bowie gomez

FACTURA EQUIVALENTE

NOMBRE DE LA ENTIDAD:

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA.

Estación Simón Bolívar, Sector la Loma. Tel. 098-5132047

Fax 098-5132799. www.teleislas.com.co

San Andrés Isla, Colombia.

DOCUMENTO EQUIVALENTE

FACTURA 08

NOMBRE DE PERSONA NATURAL: Katia Bowie Gómez

CIUDAD Y FECHA: SAN ANDRES ISLAS 02 de noviembre 2021

IDENTIFICACION: C.C 23249592 DE SAI

DESCRIPCION	CANTIDAD	TOTAL
PRESTACION DE SERVICIOS COMO PRESENTADORA DEL PROGRAMA FIWI WEKKEND		
TOTAL		2.000.000

FIRMA

Katia Bowie

ACEPTADA

Fredly Williams

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	BOWIE GOMEZ KATIA LUISA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CASA BAJA		PROVIDENCIA-SAN ANDRES		5555555		No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Banco		Dias Mora		Valor	
Periodo	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	2021/10/22	2021/10/27	BANCOLOMBIA			5		\$263,800	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO										PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES							
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte							
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$908,526	\$145,400	\$908,526	\$113,600	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$908,526	\$145,400	\$908,526	\$113,600	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Ciudad: PROVIDENCIA Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)										\$908,526	\$145,400	\$908,526	\$113,600	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1	CC	2249992	BOWIE KATIA	210301	30	\$908,526	\$145,400	EP5037	30	\$908,526	\$113,600	0	0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	14-23	30	\$4,800	0	\$0	\$0	\$0	\$0						
Total	Afiliados(1)										\$908,526	\$145,400	\$908,526	\$113,600	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0				



AÑO MES DIA
2021 12 7 \$ 2,000,000.00

Páguese a: KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

La suma de: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.

COMPROBANTE DE EGRESO

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA
TELEISLAS

TIPO : 140

No. : **EEE1807**

FECHA : DIA 7 MES 12 AÑO 2021

CONCEPTO: **PRESENTADORA**

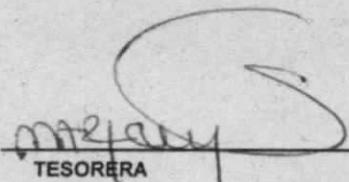
CODIGO	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
113210010427	85584254-8 PLAN DE INVERSION 2021		2,000,000.00
24010208	PROYECTOS DE INVERSION	2,000,000.00	
TOTALES		2,000,000.00	2,000,000.00

Cheque No.

Firma y Sello del Beneficiario

BANCO: PLAN DE
Cuenta No. 855842548

Nombre . KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
C.C. O NIT. 23249592


TESORERA

PA-GF-R1		DESCRIPCION DEL DOCUMENTO COMPROBANTE DE CAUSACION Y PAGO			 PAGINA: 1
VIGENCIA:	02-01-11	PERTENECE AL PROCESO: FINANCIERO			
VERSION No:	1				

FECHA: 01/12/2021

VIGENCIA: 2021

CCP No. 401 PA-1744

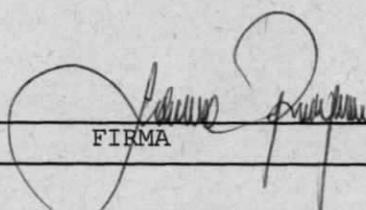
BENEFICIARIO	NIT
KATIA LUISA BOWIE GOMEZ	23249592

SUPERVISOR
Freddy Williams/Director de produccion

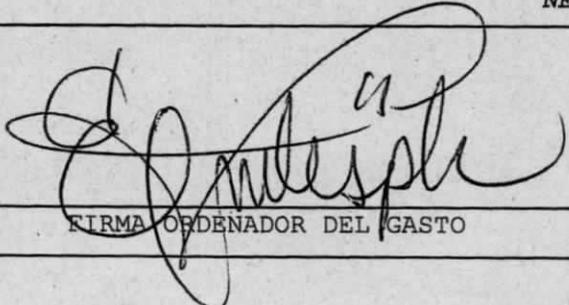
DETALLE	
CONCEPTO :	Caus pago servicio como PRESENTADORA para el canal
FACTURA DE VENTA:	
NUMERO DE RP :	RP 157
TIPO DE CONTRATO:	CPS 110 DE 2021

Imputacion presupuestal			Causacion contable			Causacion tesoreria		
Rubro	Reg	Valor	Cuenta	Debito	Credito	Cuenta	Debito	Credito
214020201	rp0157	2,000,000	24010208 52117310	2,000,000	2,000,000	111005 24010208	2,000,000	2,000,000
		2,000,000		2,000,000	2,000,000		2,000,000	2,000,000

REVISADO POR JEFE DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD	ELABORADO POR: ASISTENTE FINANCIERO
--	--

 FIRMA	 FIRMA
--	--

SON:	VALOR A PAGAR	2,000,000
DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.	RETEFUENTE	0
	ANTICIPOS:	0
	NETO A PAGAR:	2,000,000

PAGUESE	 FIRMA ORDENADOR DEL GASTO
---------	---

	GESTIÓN CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	INFORME DE ACTIVIDADES	Versión:02
	Aprobado por: Orfa Carreño Corpus y Alain Lever Williams	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	Katia Bowie gomez
No. DE IDENTIFICACIÓN	23249529
No. DEL CONTRATO	110/2020
DURACIÓN	10 meses
VALOR TOTAL	20.000.000
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PRESENTADPRA 1 DE PROGRAMAS DE TELEVISION DEL CANAL REGIONAL TELEISLAS.

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 al 30 de noviembre de 2021
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES O PRODUCTO	<p>Durante el periodo reportado se llevaron a cabo las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se repaso el libreto previamente al programa ➤ Asistí las reuniones de parte de las directrices ➤ Se presento el programa durante el mes mencionado
OBSERVACIONES	

DESCRIPCIÓN DE ANEXOS	FACTURA, PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL
FECHA DE PRESENTACIÓN	01 de diciembre de 2021


Katia Bowie gomez

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 23249592		BOWIE GOMEZ KATIA LUISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA BAJA	PROVIDENCIA-SAN ANDRES	55555555	Nb

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-10	9426603396	I	2021/11/23	2021/11/29	BANCOLOMBIA	6	\$263,180

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES											
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	Codigo	IBC	Aporte	Dias	Codigo	IBC	Aporte	Dias	Codigo	IBC	Aporte	Dias	Codigo	IBC	Aporte	Dias	Codigo	IBC	Aporte	Dias	Codigo	IBC	Aporte	
Sucursales-PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0	\$4,800			\$908,526	\$4,800			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0	\$4,800			\$908,526	\$4,800			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Ciudad: PROVIDENCIA Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0	\$4,800			\$908,526	\$4,800			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
1	CC 13249992	BOWIE KATIA	130301	30	\$908,526	\$145,400	EP5037	30	\$908,526	\$113,600	0	14-23	30	\$4,800	0		\$908,526	\$4,800	0		\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
Total	Afiliados(1)				\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0	\$4,800			\$908,526	\$4,800			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0

FACTURA EQUIVALENTE

NOMBRE DE LA ENTIDAD:

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA.

Estación Simón Bolívar, Sector la Loma. Tel. 098-5132047

Fax 098-5132799. www.teleislas.com.co

San Andrés Isla, Colombia.

DOCUMENTO EQUIVALENTE

FACTURA 09

NOMBRE DE PERSONA NATURAL: Katia Bowie Gómez

CIUDAD Y FECHA: SAN ANDRES ISLAS 01 de diciembre/2021

IDENTIFICACION: C.C 23249592 DE SAI

DESCRIPCION	CANTIDAD	TOTAL
PRESTACION DE SERVICIOS COMO PRESENTADORA DEL PROGRAMA FIWI WEKKEND		
TOTAL		2.000.000

FIRMA

Katia Bowie

ACEPTADA

Fredley Williams

	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y CUMPLIMIENTO	Versión:02
	Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	23249592
No. DEL CONTRATO	110/2021
DURACIÓN	10 MESES
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE PRESENTADOR DE PROGRAMAS DE TELEVISION DEL CANAL TELEISLAS.

INFORMACIÓN FINANCIERA

VALOR CONTRATO	20.000.000
PAGO A REALIZAR	Pago 9 \$ 2.000.000

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 al 30 de noviembre de 2021
ACTIVIDADES CUMPLIDAS	Las mismas señaladas en el informe del contratista que se certifica mediante el presente documento
OBSERVACIONES	

ANEXOS

CONCEPTO	SÍ	NO	N/A
Informe de actividades	x		
Planilla seguridad social	x		
Factura	x		
FECHA DEL CERTIFICADO	01/diciembre/2021		

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones previstas en el contrato y por lo tanto autorizo el pago.


FREDDY ALBERTO WILLIAMS
 Director de Produccion

Trama de seguridad para duplicar cheques



AÑO MES DIA
2021 12 30 \$ 2,000,000.00

Páguese a: KATIA LUISA BOWIE GOMEZ

La suma de: DOS MILLONES DE PESOS MCTE.

COMPROBANTE DE EGRESO

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA
TELEISLAS

TIPO : 140

No. : **EEE2058**

FECHA : DIA 30 MES 12 AÑO 2021

CONCEPTO: PRESENTADORA

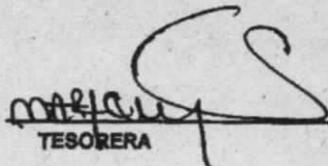
CODIGO	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
113210010427	85584254-8 PLAN DE INVERSION 2021		2,000,000.00
24010208	PROYECTOS DE INVERSION	2,000,000.00	
TOTALES		2,000,000.00	2,000,000.00

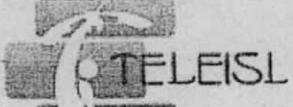
Cheque No.

Firma y Sello del Beneficiario

BANCO: PLAN DE
Cuenta No. 855842548

Nombre . KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
C.C. O NIT. 23249592


TESORERA

PA-GF-R1		DESCRIPCION DEL DOCUMENTO COMPROBANTE DE CAUSACION Y PAGO		 PAGINA: 1
VIGENCIA:	02-01-11	PERTENECE AL PROCESO: FINANCIERO		
VERSION No:	1			

FECHA: 31/12/2021

CCP No. 401 PA-1937

VIGENCIA: 2021

BENEFICIARIO	NIT
KATIA LUISA BOWIE GOMEZ	23249592

SUPERVISOR
 Freddy Williams/Director de produccion

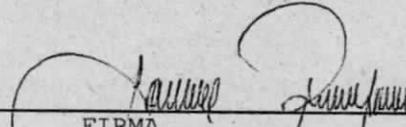
DETALLE

CONCEPTO : Caus pago final servicio como PRESENTADORA para el canal
 FACTURA DE VENTA:
 NUMERO DE RP : RP 157
 TIPO DE CONTRATO: CPS 110 DE 2021

Imputacion presupuestal			Causacion contable			Causacion tesoreria		
Rubro	Reg	Valor	Cuenta	Debito	Credito	Cuenta	Debito	Credito
			24010208		2,000,000			
214020201	rp0157	2,000,000	52117310	2,000,000		111005		2,000,000
						24010208	2,000,000	
		2,000,000		2,000,000	2,000,000		2,000,000	2,000,000

REVISADO POR: JEFE DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD

ELABORADO POR: ASISTENTE FINANCIERO

 FIRMA	 FIRMA
--	--

SON:	VALOR A PAGAR	2,000,000
DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.	RETEFUENTE	0
	ANTICIPOS:	0
	NETO A PAGAR:	2,000,000

PAGUESE

 FIRMA ORDENADOR DEL GASTO

	GESTION JURIDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de Approbation: 29/12/2020
	ACTA DE LIQUIDACIÓN Y FINALIZACIÓN	
	Aprobado por: Jefe de Planeación	Version: 02

**DE LIQUIDACIÓN Y FINALIZACION DE LA ORDEN/CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
No 110 DE 2021**

OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES PRESENTADOR 1 TELEVISION DEL CANAL TELEISLAS
---------------	---

En la isla de san Andrés a los 31 días del mes de diciembre de 2021, se reunieron en las instalaciones de la Sociedad de televisión de las islas TELESAS, **EMILIANA BERNARD STEPHENSON**, identificada con cédula de ciudadanía No. 23.248.881 de Providencia, quien en su condición de Gerente, autorizada mediante el acuerdo 004 de 2015, obra en representación legal de **LA SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LIMITADA, TELEISLAS**, sociedad entre entidades públicas del orden departamental, organizada como Empresa Industrial y Comercial del Estado, constituida por Escritura Pública No. 1846 de la **Notaría Primera de San Andrés del 31 de Diciembre de 1997**, inscrita el 18 de Febrero de 1999, bajo el No. 3973 de libro IX, aclarada con las Escrituras Públicas No. 1318 del 13 de Agosto de 1998 y 1087 del 30 de Junio de 1998, inscritas el 18 de Febrero bajo los número 3974 y 3975 respectivamente del libro IX de la misma notaría, con reforma estatutaria inscrita el 10 de Mayo de 2006 con el No. 543, con NIT 827000481-1, con domicilio en esta ciudad, de una parte que se denominará **TELESAS**, por otra parte **KATIA LUISA BOWIE GOMEZ** identificado con cedula de ciudadanía **No 23249592** contratista y **FREDDY ALBERTO WILLIAMS** como supervisor, con el fin de liquidar el Contrato en mención

CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
IDENTIFICACIÓN	23249592
VALOR DEL CONTRATO	20.000.000
PLAZO DE EJECUCIÓN	10 MESES
FECHA DE INICIACIÓN	01/03/2021
FECHA DE FINALIZACIÓN	31/12/2021

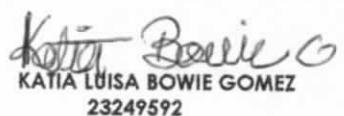
DESARROLLO FINANCIERO	
VALOR DEL CONTRATO	20.000.000
VALOR ANTICIPO	0
VALOR PAGOS	20.000.000
SALDO POR PAGAR	0
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	0
SALDO A FAVOR DE TELEISLAS	0

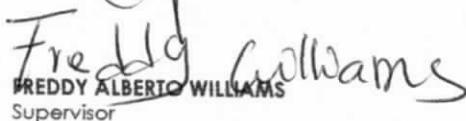
En este estado las partes firmantes manifestamos estar de acuerdo con la presente acta de recibo y liquidación y dejamos constancia que:

- El servicio fue prestado por el Contratista y recibido por el Contratante a satisfacción.
- En la presente acta de recibo y liquidación del contrato están incluidos todos los valores por Servicios prestados.
- El Contratista presentará para el pago final factura o documento equivalente.
- El contratista manifiesta que TELEISLAS cumplió con todas sus obligaciones y que por lo tanto renuncia a toda acción, reclamación o demanda contra él en relación con el contrato y la presente liquidación.

En consecuencia, dan por liquidado definitivamente el presente Contrato.


EMILIANA BERNARD STEPHENSON
 Ordenador De Gastos


KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
 23249592


FREDDY ALBERTO WILLIAMS
 Supervisor

C.C .Carpeta del contrato

**SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS, TELEISLAS LTDA. IDENTIFICADA CON NIT. No.
827000481-1 CERTIFICA QUE:**

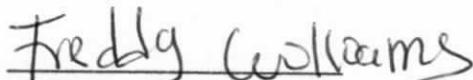
El Señor (A) **KATIA LUISA BOWIE GOMEZ** identificado con cedula de ciudadanía No.23249592 se encuentra a **PAZ Y SALVO** con el Canal Regional a razón del contrato número **110** del 01 de marzo de 2021

En símbolo de asentimiento con la liquidación del contrato de prestación de servicios, el contratista suscribe el presente documento, y sostiene que ha recibido a satisfacción cada una de las sumas contenidas en el mismo y que el contrato suscrito entre las partes no generó inconveniente alguno de orden laboral durante la ejecución del mismo.

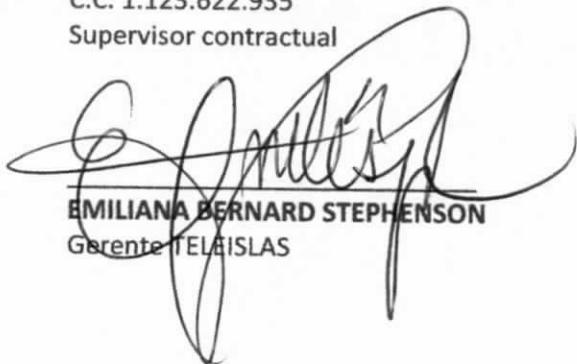
Para constancia se firma en San Andrés Isla, a los 31 días del mes de diciembre de 2021



KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
C.C 23249592
Contratista



FREDDY ALBERTO WILLIAMS
C.C. 1.123.622.935
Supervisor contractual



EMILIANA BERNARD STEPHENSON
Gerente TELEISLAS

SOCIEDAD DE TELEVISIÓN DE LAS ISLAS LTDA.

	GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y CUMPLIMIENTO	Versión:02
	Aprobado por: Secretario General – Jefe de Planeación	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIA LUISA BOWIE GOMEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	23249592
No. DEL CONTRATO	110/2021
DURACIÓN	10 MESES
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE PRESENTADOR DE PROGRAMAS DE TELEVISION DEL CANAL TELEISLAS.

INFORMACIÓN FINANCIERA

VALOR CONTRATO	20.000.000
PAGO A REALIZAR	Pago 10 \$ 2.000.000

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 al 31 de diciembre de 2021
ACTIVIDADES CUMPLIDAS	Las mismas señaladas en el informe del contratista que se certifica mediante el presente documento
OBSERVACIONES	

ANEXOS

CONCEPTO	SÍ	NO	N/A
Informe de actividades	x		
Planilla seguridad social	x		
Factura	x		
FECHA DEL CERTIFICADO	31/diciembre/2021		

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones previstas en el contrato y por lo tanto autorizo el pago.


FREDDY ALBERTO WILLIAMS
 Director de Produccion

	GESTIÓN CONTRACTUAL	Fecha de aprobación: 15/07/2019
	INFORME DE ACTIVIDADES	Versión:02
	Aprobado por: Orfa Carreño Corpus y Alain Lever Williams	

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	Katia Bowie gomez
No. DE IDENTIFICACIÓN	23249529
No. DEL CONTRATO	110/2020
DURACIÓN	10 meses
VALOR TOTAL	20.000.000
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PRESENTADPRA 1 DE PROGRAMAS DE TELEVISION DEL CANAL REGIONAL TELEISLAS.

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME	01 al 31 de diciembre de 2021
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES O PRODUCTO	<p>Durante el periodo reportado se llevaron a cabo las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se repaso el libreto previamente al programa ➤ Asistí las reuniones de parte de las directrices ➤ Se presento el programa durante el mes mencionado
OBSERVACIONES	

DESCRIPCIÓN DE ANEXOS	FACTURA, PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL
FECHA DE PRESENTACIÓN	31 de diciembre de 2021



 Katia Bowie gomez

FACTURA EQUIVALENTE

NOMBRE DE LA ENTIDAD:

SOCIEDAD DE TELEVISION DE LAS ISLAS LTDA.

Estación Simón Bolívar, Sector la Loma. Tel. 098-5132047

Fax 098-5132799. www.teleislas.com.co

San Andrés Isla, Colombia.

DOCUMENTO EQUIVALENTE

FACTURA 10

NOMBRE DE PERSONA NATURAL: Katia Bowie Gómez

CIUDAD Y FECHA: SAN ANDRES ISLAS 31 de diciembre/2021

IDENTIFICACION: C.C 23249592 DE SAI

DESCRIPCION	CANTIDAD	TOTAL
PRESTACION DE SERVICIOS COMO PRESENTADORA DEL PROGRAMA FIWI WEKKEND		
TOTAL		2.000.000

FIRMA

Katia Bowie

ACEPTADA
