1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 416139

CONTRATO No. 08000032021 Del 07/01/2021 **SEDE O REGIONAL**: Atlántico

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 07/01/2021 HASTA: 20/11/2021

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA:**JEAN CARLOS LORA ESCALANTE**

No. Documento de identificación: **72,432,882** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **9420570915** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **1**

Pago No.: **5 / 11** Mes de Pago: **MAYO** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	**44,992,500.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**4,285,000.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**20,710,833.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**24,281,667.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 8721 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4199-1500-8-0-4199064-02	27	**4,285,000.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**214,200.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**274,200.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**8,900.00**

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
1. REALIZAR LA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO TRAZADO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN DE SOPORTE REQUERIDA POR LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA.	1 se realizó seguimiento y ejecución al cronograma del pan de trabajo vigencia 2021.
2. APOYAR EN LA FORMULACIÓN Y EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE TRABAJO CONCERTADOS CON LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DEL ICBF.	2. Se realizaron la actividad del plan de trabajo según lo programado en el mes de abril y mayo
3. REALIZAR INDUCCIÓN, REINDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN EN TEMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, A TODOS LOS FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS QUE SE VINCULEN A LA REGIONAL ATLANTICO.	3. Se realizaron las Inducción a los contratistas, funcionarios que ingresaron en el mes de mayo
4. REALIZAR LA AFILIACIÓN DEL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE SEAN VINCULADOS A LA REGIONAL ATLANTICO, Y CENTROS ZONALES A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES.	4. Se realizaron las afiliaciones a los contratistas, funcionarios que ingresaron en el mes de mayo
5. ACTUALIZAR Y HACER SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES EMITIDAS POR DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA.	5. Se realizaron las matrices de peligros de la sede regional y de los centros zonales
6. ACTUALIZAR Y HACER SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE REQUISITOS LEGALES APLICABLES AL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA REGIONAL ATLÁNTICO Y CENTROS ZONALES.	6. Se actualizo las matrices de identificación de requisitos legales.
7. APOYAR EN LA FORMULACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, SOCIALIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS, ASÍ COMO EN LA EJECUCIÓN DE SIMULACROS EN LA REGIONAL ATLÁNTICO Y CENTROS ZONALES	7. Se apoyo en la implementación, socialización de planes de emergencia y contingencia de la regional y centros zonales

8.GESTIONAR LA APLICACIÓN DE LOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES (INGRESO, PERIÓDICOS, EGRESO Y POST INCAPACIDADES) DEL PERSONAL DE PLANTA DE LA REGIONAL ATLÁNTICO Y CENTROS ZONALES; REALIZANDO EL DEBIDO SEGUIMIENTO A LOS CONCEPTOS MÉDICOS DE ÍNDOLE OCUPACIONAL, ASÍ COMO A LAS RECOMENDACIONES DE ORIGEN COMÚN, LABORAL.	8. Se realizaron las gestiones para la ejecución de examen medico de ingreso y retiro para el mes de mayo de 2021
9. APOYAR EN LA GESTIÓN CON OTRAS ENTIDADES DE SALUD (EPS, SECRETARIA DE SALUD, ENTRE OTRAS); CON EL FIN DE OBTENER APOYO EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA LOS COLABORADORES DE LA REGIONAL ATLANTICO Y CENTROS ZONALES; DE IGUAL FORMA COORDINAR LA SEMANA DE LA SALUD.	9. Actividad programadas con los asesores asignados de la ARL positiva
10. REALIZAR EL REPORTE EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR LA LEY EN LO QUE SE REFIERE A LA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO QUE SE PRESENTEN EN LA REGIONAL ATLANTICO Y CENTROS ZONALES; ASÍ MISMO LA GESTIONAR LA SOLICITUD DE PRUEBAS.	10. Se realizaron reporte e investigación de accidentes de trabajo
11. APOYAR EN LA CONFORMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - COPASST, COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL CCL Y BRIGADAS DE EMERGENCIA DE LA REGIONAL ATLANTICO Y CENTROS ZONALES.	11. se realizó la reunión ordinaria del mes de mayo.
12. REALIZAR LAS INSPECCIONES DE SEGURIDAD DE LA REGIONAL ATLANTICO Y CENTROS ZONALES, DE ACUERDO CON LA PERIODICIDAD DEFINIDA Y LO ESTABLECIDO EN EL PROGRAMA DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD.	12. Se realzaron las inspecciones en centro zonales programadas para el mes de mayo

13. APOYAR EN EL DISEÑO DE ESTRATEGIAS Y ACCIONES DE COMUNICACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ENCAMINADAS A GENERAR Y DESARROLLAR UNA CULTURA DE AUTOCUIDADO EN LA REGIONAL ATLANTICO Y CENTROS ZONALES.	13. Se realizaron piezas informativas referentes a temas de autocuidado y medicina preventiva.
14. ASISTIR Y PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE AUDITORIA INTERNAS Y EXTERNAS PARA VERIFICAR EL GRADO DE CUMPLIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ASÍ MISMO EN LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE LA NTC OHSAS 18001:2007, Y HACER SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA IDENTIFICADAS (ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS).	14. N/a
15. REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS EVIDENCIAS DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS PARA EL EJE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LA GUÍA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON CALIDAD, EN EL DESARROLLO DE LOS DIFERENTES CONTRATOS QUE ADELANTE LA REGIONAL	15. Se realizan seguimiento a los contratos asignados para sede regional.
16. DESPLAZARSE A LOS CENTROS ZONALES, UNIDADES LOCALES Y UNIDADES DE SERVICIO DEL ICBF CUANDO SE REQUIERA EN EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL, PREVIA AUTORIZACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y PRESENTAR EL INFORME RESPECTIVO.	16. Se realizan inspecciones de seguridad y seguimiento al protocolo de seguridad en centros zonales.
17. CUMPLIR CON LAS DEMÁS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR EN VIRTUD DEL OBJETO CONTRACTUAL.	17. Se realizan las actividades asignadas por parte de coordinador administrativo.

CERTIFICACION JURAMENTADA

Como Contratista del ICBF y para dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 4 del Decreto 2271 de junio 18 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato 08000032021 DEL 2021.

Firma del Contratista:_____

C.C No.: 72,432,882

CERTIFICACION SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, así mismo, con el fin de dar cumplimiento a la Circular Única No. 1 del 22 de agosto de 2019 de Colombia Compra Eficiente y a los principios de transparencias propios de la gestión administrativa y contractual, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP II de los informes de supervisión ya aprobados, razón por la cual autorizo el pago por valor de cuatro millones doscientos ochenta y cinco mil pesos m/cte.,($ 4,285,000.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
LEYDIS YANETH FERRER PABON	COORDINADORA GRUPO ADMINISTRATIVO	GRUPO ADMINISTRATIVO	

Scanned with CamScanner

Revisó:_____

Barranquilla, 31/05/2021

Documento de cobro No ***5***

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Nit. No.899.999.239-2

DEBE A:

JEAN CARLOS LORA ESCALANTE
NIT. No. 72432882-5

La suma de ***cuatro millones doscientos ochenta y cinco mil pesos M/cte****.* ***($4.285.000****), por concepto de PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN, SOPORTE ADMINISTRATIVO, FINANCIERO Y DE ASISTENCIA TÉCNICA A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS A CARGO DEL ICBF, del contrato* ***N° 08000032021*** *del año 2021.*

Consignar a la cuenta número 76958052894 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/05/2021	31/05/2021

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 8551

	CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE:	SI/NO
1	*Soy residente en Colombia de conformidad con el Articulo 10 del Estatuto Tributario.*	*SI*
2	*He contratado dos(2) ó más trabajadores asociados a la actividad.*	*NO*
3	*Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, $ 49.849.800,00)*	*NO*
4	*• He celebrado en el año inmediatamente anterior o en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT ($ 124.624.500,00 - 2020) ($ 127.078.000,00 - 2021) con el sector privado y/o 4.000 UVT ($ 142.428.000,00 - 2020) ($ 145.232.000,00 - 2021) con el Estado* *• Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, igual o superior a 3.500 UVT ($ 124.624.500,00 - 2020) ($ 127.078.000,00 - 2021)*	*NO* *NO*
5	*De acuerdo con el parágrafo 3 del art. 383 del estatuto tributario, solicito me practiquen una retención superior a la determinada, la cual será del:*	*0,00 %*
6	• ***PAGO MES ANTICIPADO DE SEGURIDAD SOCIAL:*** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con* ***los ingresos recibidos con la presente cuenta de cobro****, en los términos del artículo 244 de la ley 1955 de 2019, en concordancia con el parágrafo 2 artículo 108 del ET y articulo 1.2.4.1.16 del DUT como consta en el soporte adjunto. (****Pago anticipado de seguridad social, aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta****)*	*SI*
	• ***PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:*** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con* ***los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta)***	*NO*

Cordialmente,

JEAN CARLOS LORA ESCALANTE
C.C.: ***72432882***
Dirección: ***CL 22B NO 31141 B BIS 141 141***
Celular: ***3017668010***
Correo Electrónico: ***jeancarlos_0915@hotmail.com***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72432882		LORA ESCALANTE JEAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 22 B # 31-141	SOLEDAD-ATLANTICO	3280549	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	1006929877	9420570915	I	2021/06/22	2021/05/31	BANCOLOMBIA	0	$506,500

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	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,714,000	$274,300			$1,714,000	$214,300			$0	$0			$1,714,000	$17,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,714,000	$274,300			$1,714,000	$214,300			$0	$0			$1,714,000	$17,900		$0	$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,714,000	$274,300			$1,714,000	$214,300			$0	$0			$1,714,000	$17,900		$0	$0
1	CC 72432882	LORA JEAN	23101	30	$1,714,000	$274,300	EPS010	30	$1,714,000	$214,300		0	$0	$0	14.22	30	$1,714,000	$17,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,714,000	$274,300			$1,714,000	$214,300			$0	$0			$1,714,000	$17,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72432882		LORA ESCALANTE JEAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 22 B # 31-141	SOLEDAD-ATLANTICO	3280549	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	1006929877	94203570915	I	2021/06/22	2021/05/31	BANCOLOMBIA	0	$506,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$274,300	$0	$0	$274,300
COLFONDOS	23100I	800,227,940	6	1	$274,300	$0	$0	$274,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,900	$0	$0	$17,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$17,900	$0	$0	$17,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$214,300	$0	$0	$214,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$214,300	$0	$0	$214,300
TOTAL				**1**	**$506,500**	**$0**	**$0**	**$506,500**

Barranquilla, Mayo 31 de 2021

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, JEAN CARLOS LORA ESCALANTE identificado(a) con C.C. Nº.72432882, para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2010 de 2019 "Ley de Crecimiento Económico", informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.

SI [X] NO [ ]

2. Que los ingresos por el Contrato N°. 08000032021 del (7) de (enero) de 2021, corresponde al concepto de:

[X] Cedula General (Rentas de Trabajo, Rentas de Capital, Rentas no Laborales)
[ ] Cedula de Pensiones
[ ] Cedula Dividendos y participaciones

3. **BENFICIOS TRIBUTARIOS**

3.1 He Contratado o Vinculado dos (2) o más Trabajadores asociados a la actividad (Articulo 383 E.T, Parágrafo 2). (*Aplica para renta de trabajo, renta exenta del 25%*).

SI [ ] NO [X]

3.2 En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, Articulo 387 E.T, Parágrafo 2, de manera libre y espontánea, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mí cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCIA

NOTA:

Decreto 1625 de 2016. **Artículo 1.2.4.1.18**, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

ANEXO:
Para efectos de la aplicación de la deducción por dependientes de que trata el artículo 387 del Estatuto Tributario, tendrán la calidad de dependientes únicamente:

1.1 ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*
1.2 ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*
1.3 ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*
2. ***Rentas de Pensión****: NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*
3. ***Rentas de Dividendos o participaciones****: corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad.

2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Parágrafo. Para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere este artículo, el contribuyente suministrará al agente retenedor un certificado, que se entiende expedido bajo la gravedad del juramento, en el que indique e identifique plenamente las personas dependientes a su cargo que dan lugar al tratamiento tributario a que se refiere este artículo.

NOTA: No se reciben certificaciones que se auto certifique el contribuyente teniendo en cuenta que, de acuerdo con lo expresado por el CTCP, no resulta adecuado que el mismo contador corresponda a la persona sobre la cual se certifican los hechos. De igual manera se requiere que las mismas tengan la fecha de expedición del año 2021.

3.3 Adjunto Copia del Certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Intereses de Vivienda, de acuerdo al Artículo 387 del E.T. (Adjuntar Soporte)

SI ☐ NO [X]

3.4 Adjunto Copia del Certificado expedido por la empresa prestadora del servicio correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Medicina Prepagada, de acuerdo al Artículo 387 del E.T, Inciso 2, el cual cumple los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. (Adjuntar Soporte)

SI ☐ NO [X]

Cordialmente,



JEAN CARLOS LORA ESCALANTE
72432882
3004768372
Jean.lora@icbf.gov.co

1.1 ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*

1.2 ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*

1.3 ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*

2. ***Rentas de Pensión****: NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*

3. ***Rentas de Dividendos o participaciones****: corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*