1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 429268

CONTRATO No. 19002712021 Del 15/04/2021 **SEDE O REGIONAL**: Cauca

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 15/04/2021 HASTA: 31/12/2021

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA:**MIRYAM HERRERA MORA**

No. Documento de identificación: **34,542,939** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **21007727** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **4 / 8** Mes de Pago: **JULIO** Declarante de Renta: **SI** Pensionado: **SI** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	**31,573,333.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**3,700,000.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**13,073,333.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**18,500,000.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 91621 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-16-0-4102041-02	27	**3,700,000.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**185,000.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**0.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**15,451.00**

(*) 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

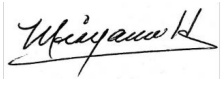
Obligación Contractual	Producto
1. BRINDAR APOYO A LOS SUPERVISORES Y REVISORES FINANCIEROS EN LA ORIENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN LOS CONTRATOS DE APORTE DE LAS MODALIDADES DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA GUÍA GENERAL PARA EL EJERCICIO DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA DE CONTRATOS Y CONVENIOS SUSCRITOS POR EL ICBF Y LA GUÍA ORIENTADORA PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS MODALIDADES DE LA DIRECCIÓN DE FAMILIAS Y COMUNIDADES.	Esta obligación contractual no se pudo desarrollar. Lo anterior se debió a que las modalidades de la Dirección de Familias y Comunidades ? Mi Familia y Territorios Étnicos con Bienestar se encuentran en proceso de implementación.
2. PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE CAPACITACIONES, VISITAS Y EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO ESTIPULADAS POR EL SUPERVISOR, APLICANDO LOS DOCUMENTOS, INSTRUMENTOS Y FORMATOS DISEÑADOS Y SUMINISTRADOS POR LA DIRECCIÓN DE FAMILIAS Y COMUNIDADES, CON EL FIN DE VERIFICAR LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LAS CONDICIONES DE CALIDAD, DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y LOS MANUALES OPERATIVOS	Esta obligación contractual no se pudo desarrollar. Lo anterior se debió a que las modalidades de la Dirección de Familias y Comunidades ? Mi Familia y Territorios Étnicos con Bienestar se encuentran en proceso de implementación.
3. ELABORAR PERIÓDICAMENTE INFORMES DE LAS ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN EVIDENCIANDO RESULTADOS Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN PARA PRESENTARLOS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y A LA DIRECCIÓN DE FAMILIA Y COMUNIDADES. ADICIONALMENTE, APOYAR LA GENERACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA, ALERTAS Y/O SOLICITUDES DE REQUERIMIENTOS QUE PUEDAN DAR ORIGEN A ACCIONES DE TIPO CONTRACTUAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS SOCIALES Y FINANCIERAS.	
4. APOYAR EN EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DERIVADA DEL ESQUEMA DE SUPERVISIÓN EN LAS MATRICES O INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA TAL FIN, ASÍ COMO RESPONDER OPORTUNAMENTE Y DE FONDO LOS REQUERIMIENTOS RELACIONADOS QUE SE REALICEN DESDE LA DIRECCIÓN DE FAMILIA Y COMUNIDADES.	

5. REALIZAR SEGUIMIENTO Y CIERRE DE LOS COMPROMISOS IDENTIFICADOS DURANTE LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN, ASÍ COMO PQRS Y PROCESOS SANCIONATORIOS.	Actividad que no se puede ejecutar debido a que no ha iniciado los proceso de contratación de las modalidades de la DFyC Mi familia y TEB.
6. VERIFICAR QUE LOS DOCUMENTOS SURTIDOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO Y LA RESPECTIVA CORRESPONDENCIA REPOSEN EN LA CARPETA DE ESTE, TANTO EN FÍSICO COMO EN MEDIO MAGNÉTICO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.	Organización de las carpetas en relación con la documentación precontractuales según la lista de chequeo, numeración y foliación de los proyectos aprobados de la modalidad TEB, con el fin de adelantar la solicitud de procesos contractual al grupo jurídico.
7. APOYAR AL EQUIPO FINANCIERO REGIONAL EN LA ELABORACIÓN DE LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA VIGENTE Y EL MANUAL DE CONTRATACIÓN DEL ICBF.	Elaboración del informe de Contratos Liquidados con corte a junio 30 de 2.021, para ser remitidos al señor Juan Camilo Rache en la sede nacional.

8. CUMPLIR CON LAS DEMÁS QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.	Se brinda apoyo en revisión y ajustes del proyecto presentado por el Municipio de Santa Rosa-Comunidad de Mandiyaco, en cuanto al plan de actividades y el presupuesto del proyecto de la modalidad TEB. Se participa como asistente a la reunión virtual por la plataforma Teams, convocada por el señor Bernardo Brigard sobre Proyección contratación de la modalidad de mi Familia. Elaboración análisis de la ejecución presupuestal con corte a junio 30, de los saldos de: CDP, registro presupuestal, reserva presupuestal efectuando el cargue información en el respectivo módulo, generación del Acta No. 006, firma, escaneo y despacho para revisión y firma de la Coordinadora del Grupo GAT. Participación en la reunión virtual convocada por el Enlace Técnico Regional para tratar las orientaciones con respecto al proceso de contratación próximo a implementar de la modalidad MI FAMILIA. Participación en la reunión virtual plataforma Teams ?Herramienta proceso de selección Mi Familia?, organizado por el Dr. Bernardo Brigard Posse. Participación en reunión virtual por Teams convocada por la dirección de contratación sobre el SECOP, orientada por el Dr. Yordy Agudelo Espitia. Elaboración del informe de gestión, realizando el análisis y el porcentaje de ejecución del rubro de saldos de apropiación disponible, saldos de CDP por comprometer y los saldos de compromisos y de reservas a cargo de la dirección de familias y comunidades y de los TEB. Seguimiento presupuestal del mes de julio aportado a la coordinación de grupo de asistencia técnica

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 19002712021 DEL 2021.

Firma del Contratista:

C.C No.: 34,542,939

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 tres millones setecientos mil pesos m/cte.,($ 3,700,000.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
FABIOLA CUBILLOS	COORDINADORA GRUPO DE ASISTENCIA TÉCNICA	ICBF-REGIONAL CAUCA	

Revisó:_____

POPAYAN, 30/07/2021

Documento de cobro No ***4***

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

DEBE A:

MIRYAM HERRERA MORA
NIT. No. 34542939-1

La suma de ***tres millones setecientos mil pesos M/cte****.* ***($3.700.000****), por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN REGIONAL CAUCA EN LA PLANEACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, VERIFICACIÓN Y MEJORA DEL ESQUEMA DE APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS DE APORTES SUSCRITOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS FAMILIAS Y COMUNIDADES, del contrato* ***N° 19002712021*** *del año 2021.*

Consignar a la cuenta número 0550196000731121 del banco BANCO DAVIVIENDA S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/07/2021	30/07/2021

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 6920

	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)*	*SI*
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*	*NO*
	• 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*
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,



MIRYAM HERRERA MORA
C.C.: ***34542939***
Dirección: ***CL 19 AN 4 C 16***
Celular: ***3154800708***
Correo Electrónico: ***miryamherreramora@hotmail.com***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	MIRYAM HERRERA MORA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-34542939
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2021-07-26
INDENTIFICACION EMPLEADO	CC-34542939
NOMBRE EMPLEADO	MIRYAM HERRERA MORA
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	Sin AFP
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	21007727
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	I
PERIODO PENSIÓN	2021-07
PERIODO SALUD	2021-07
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Cotizante con requisitos cumplidos para pensión
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	2021-07-30

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
		X	30/07/21																									0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.480.000	0,1250000	$ 185.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.480.000	0,0104400	$ 15.500	899999239

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 0	$ 185.000	$ 15.500	$ 0	$ 200.500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

RAZÓN SOCIAL	MIRYAM HERRERA MORA
IDENTIDICACIÓN	CC-34542939
CLASE APORTANTE	I
DIRECIÓN	CALLE 19 AN 4C16
DEPPARTAMENTO MUNICIPIO	19-1
ARL	14-23

DATOS DE LIQUIDACION

PERIODO PENSIÓN	2021-07
PERIODO SALUD	2021-07
NUM TRABAJADORES	1
SUCURSAL	0
GRAN TOTAL	$200.500
VALOR INTERESES	$0
REFERENCIA / PLANILLA	21007727

DATOS DE LA TRANSACCION

TIPO DE PAGO	PSE
BANCO	BANCO DAVIVIENDA S.A.
FECHA	lunes 26 de julio de 2021 01:07:08
DESCRIPCIÓN	Pago de aportes de seguridad social y parafiscales
DIRECCIÓN IP	10.10.11.80
Nro. TRASACCIÓN - CUS	1071573250
ESTADO	APROBADA