1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 430148

CONTRATO No. 08001342021 Del 12/02/2021 **SEDE O REGIONAL**: Atlántico

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 15/02/2021 HASTA: 31/12/2021

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA:**SERGIO RAFAEL PACHECO SAAVEDRA**

No. Documento de identificación: **1,129,574,222** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **7802470500** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **1**

Pago No.: **7 / 10** Mes de Pago: **JULIO** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	**19,486,667.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**1,850,000.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**10,113,333.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**9,373,334.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 27621 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-14-0-4102037-02	27	**1,850,000.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**113,500.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**145,300.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**4,700.00**

(*) 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
APOYAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN QUE DEBE REPOSAR EN LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	Realicé auto de tramite y creé carpeta para el respectivo archivo : -12544454 -12544563 -12651459 -12651459 -12544820 -12544822 -12544889 -12544891 -12544894 -12544923 -12544940 -12545008
APOYAR EN LA DIGITACIÓN Y EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL DEL ICBF-SIM, DE ACUERDO CON LA ORGANIZACIÓN DE LA(S) DEFENSORÍA(S) DE FAMILIA	: Realicé las actuaciones en el SIM de las siguientes peticiones: -1762678721 - 12546392 -12546384 -12546379 -12546377 -12546334 -12546308 -12546301 -12546295 -12546193 -12546241 -12546243 -12546248 -12546243 -12546241 -12546238 -12546236 - 12546194 -12546178
APOYAR LA CONSTRUCCIÓN DE BASES DE DATOS CON LA DIGITACIÓN DE INFORMACIÓN QUE SEA SOLICITADA POR PARTE DE LA DEFENSORÍA DE FAMILIA.	ENTREGA DE FUID CON CORTE AL 30 DE JUNIO
APOYAR A LOS INTEGRANTES DE LAS DEFENSORÍAS DE FAMILIA EN LAS ACTIVIDADES DE GESTIÓN QUE SE REQUIEREN EN EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES.	-IMPRIMIR HISTORIAS DE ATENCIÓN PARA LAS AUDIENCIAS DE CONCILIACION EN EL CENTRO ZONAL

CUMPLIR CON LAS DEMÁS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR EN VIRTUD DEL OBJETO CONTRACTUAL.	APOYO EN EL CENTRO ZONAL CON EL ENVIO DE CORRESPONDENCIA. -ALIMENTACION DE LA TRD VIRTUAL

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 08001342021 DEL 2021.

Firma del Contratista:_____

C.C No.: 1,129,574,222

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 un millón ochocientos cincuenta mil pesos m/cte.,($ 1,850,000.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
MARTHA CECILA MERCADO FONTALVO	COORDINADORA CENTRO ZONAL NORTE CENTRO HISTORICO	CENTRO ZONAL NORTE CENTRO HISTORICO	

Revisó:_____

Barranquilla, 3/08/2021

*Documento de Cobro n° **07***

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

DEBE A:
SERGIO RAFAEL PACHECO SAAVEDRA
NIT. No. 1.129.574.222

*La suma de **un millón ochocientos cincuenta mil pesos M/cte**. **($1.850.000**), por concepto de PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DEFENSORIA DE FAMILIA, EN EL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN Y EL REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL, DE LAS ACTUACIONES REALIZADAS DENTRO DE LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, del contrato **N°08001342021 del** año 2021.*

Consignar a la cuenta número 023570003725 del banco Davivienda tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/07/2021	*31/07/2021*

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA	***7490***

	CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE:	***SI/NO***
1	*Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.*	*SI*
2	*He contratado dos o más (02) 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, ($47.978.000)*	*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 ($124.624.500-2020) ($127.078.000-2021) con el sector privado y/o 4.000 UVT ($142.428.000-2020) ($145.232.000- 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 ($124.624.500-2020) ($127.078.000-2021)*	*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**)* ** **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* *SI*

Cordialmente,



SERGIO RAFAEL PACHECO SAAVEDRA
C.C.: 1129574222
Dirección: CL 71# 34-122
Celular: 3022645055
Correo Electrónico: sergiorafael86@hotmail.com
No responsable del Impuesto sobre las ventas

Barranquilla, agosto 3 de 2021

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, SERGIO RAFAEL PACHECO SAAVEDRA, identificado(a) con C.C. Nº. 1,129,574,222, 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 ■ NO ☐

2. Que los ingresos por el Contrato N°.08001342021 del (15) de (FEBRERO) de 2021, corresponde al concepto de:

■ 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 ■

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.

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 ■

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 ■

Cordialmente,



_____

SERGIO RAFAEL PACHECO SAAVEDRA
CC No. 1,129,574,222 expedida en Barranquilla

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.*

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1129574222
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SERGIO RAFAEL PACHECO SAAVEDRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 71 NO. 34-1222	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7802470500**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/08/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1082706716

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 145.400
SUBTOTAL:			1	**$ 145.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 113.600
SUBTOTAL:			1	**$ 113.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 4.800
SUBTOTAL:			1	**$ 4.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 263.800**