1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 433308

CONTRATO No. 25002982021 Del 02/06/2021 **SEDE O REGIONAL:** Cundinamarca

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 02/06/2021 HASTA: 31/12/2021

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **YURI CAROLINA CRUZ YEPES**

No. Documento de identificación: **1,022,943,377** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **4406149871** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **1**

Pago No.: **3 / 6** Mes de Pago: **AGOSTO** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión: **NO** Número de pago: **0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	23,686,667.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	3,400,000.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	10,086,667.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	13,600,000.00

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 192721 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-14-0-4102037-02	27	3,400,000.00

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	170,000.00
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	217,600.00
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	0.00
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	0.00
APORTE ARL (*):	7,100.00

(*) 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

Escaneado con CamScanner

Obligación Contractual	Producto
1. REALIZAR LA VERIFICACIÓN DE LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CUANDO PRESUNTAMENTE SE ENCUENTRAN VULNERADOS O AMENAZADOS.	Se realizaron 180 visitas para verificación de Garantías de derechos
2. REALIZAR OPORTUNAMENTE LAS VALORACIONES PSICOLÓGICAS SOLICITADAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES, EMITIENDO LOS CONCEPTOS QUE TIENEN ALCANCE DE DICTAMEN PERICIAL.	Se realizaron informes pertinentes de cada actuación
3. DAR CUMPLIMIENTO A LAS ORDENES JUDICIALES CUANDO SEAN DE SU COMPETENCIA.	Hasta la fecha no se ha realizado ningún tipo de acción judicial
4. MANTENER UNA COORDINACIÓN PERMANENTE CON LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DE LAS INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN, PARA OBTENER INFORMACIÓN DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE SIRVA DE INSUMOS PARA EMITIR LOS CONCEPTOS SOLICITADOS POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA.	Se mantiene comunicación pertinente con el equipo interdisciplinar para dar cumplimiento a las acciones requeridas
6. PARTICIPAR EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y TRABAJO QUE SE PROGRAMEN EN EL CENTRO ZONAL, ASUMIENDO LOS COMPROMISOS QUE ALLÍ SE ESTABLEZCAN, DE ACUERDO A SU COMPETENCIA.	hasta el momento no se ha participado
7. ARCHIVAR DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL, EN LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, LAS VALORACIONES, INFORMES, CONCEPTOS, ACTAS Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE SEAN DE SU COMPETENCIA.	Se ha realizado de manera pertinente la creación de las historias de atención
8. REALIZAR EL REGISTRO DE MANERA OPORTUNA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL DEL ICBF SIM, LAS ACTUACIONES QUE REALICEN EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y QUE SE ENCUENTRAN ARCHIVADOS EN LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN.	Se realiza de manera oportuna cada una de las actuaciones realizadas

Escaneado con CamScanner

9. APOYAR AL CENTRO ZONAL DESDE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL APLICANDO LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SIGE.	Se realiza apoyo a la Defensora en TAE
10. BRINDAR ASESORÍA DESDE EL ÁREA DE PSICOLOGÍA, A LOS NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS USUARIAS DE DEMANDA ESPONTANEA PARA INICIAR TRAMITES DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, CUANDO LO REQUIERA.	Se realiza apoyo durante las valoraciones psicológicas
11. REALIZAR TODAS LAS DEMÁS QUE SE CONCERTEN CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO RELACIONADAS CON SU ÁREA DE ATENCIÓN Y QUE CONTRIBUYAN AL LOGRO DEL OBJETO CONTRATADO.	Se ha cumplido con las asignaciones que ha indicado el supervisor del contrato

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 25002982021 DEL 2021.

Firma del Contratista: Carolina Cruz Yepes
C.C No.: 1,022,943,377

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 cuatrocientos mil pesos m/cte.,($ 3,400,000.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
GIANA LIZETH BELTRAN TORRES	COORDINADORA	CENTRO ZONAL SOACHA	

Escaneado con CamScanner

Revisó:_____

Escaneado con CamScanner

Soacha, 27/08/2021

Documento de cobro No **3**

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

DEBE A:

YURI CAROLINA CRUZ YEPES
NIT. No. 1022943377-9

La suma de **tres millones cuatrocientos mil pesos M/cte. ($3.400.000)**, por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR DESDE EL ÁREA DE PSICOLOGIA A LAS DEFENSORIAS DE FAMILIA DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA, PARA ADELANTAR LOS TRÁMITES DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, del contrato **N° 25002982021** del año 2021.

Consignar a la cuenta número 71800033815 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/08/2021	31/08/2021

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 8699

	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	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 artículo 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)**	NO
	• **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)**	SI

Cordialmente,

Carolina Cruz Yepes

YURI CAROLINA CRUZ YEPES
C.C.: ***1022943377***
Dirección: ***CL 106 7 A 19 CANTON NORTE***
Celular: ***3206601080***
Correo Electrónico: ***ycaro.cyepes@gmail.com***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022943377
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YURI CAROLINA CRUZ YEPES
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	MZ ZZZ	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4406149871**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2021		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/08/26		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996444484

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 217.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 217.600	$ 0	$ 217.600
SUBTOTALES:										**$ 217.600**	**$ 0**	**$ 217.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 170.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 170.000	$ 0	$ 0	$ 170.000
SUBTOTALES:													**$ 170.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 170.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.100	$ 7.100	$ 0	$ 0	$ 7.100
SUBTOTALES:									**$ 7.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1022943377	CRUZ YEPES YURI CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.360.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.360.000	$ 217.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 217.600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.360.000	$ 170.000	$ 0	$ 170.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.360.000	102294337	$ 7.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 394.700**