1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 520865

CONTRATO No. 76000202022 Del 05/01/2022 **SEDE O REGIONAL**: Valle Del Cauca

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 05/01/2022 HASTA: 03/10/2022

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **YELENY RODRIGUEZ OSORIO**

No. Documento de identificación: **31,323,581** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **7840764674** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **1**

Pago No.: **6 / 10** Mes de Pago: **JUNIO** Declarante de Renta: **SI** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

Tipo Informe: **Vigencia actual** Vigencia Futura: **NO** Número de Pago: **0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	**31,401,267.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**3,502,000.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**20,545,067.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**10,856,200.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 2422 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-18-0-4102040-02	27	**3,502,000.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**175,100.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**224,100.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC, SEGURO PENSIÓN U OTROS (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**7,300.00**

(*) 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

Fecha Creación
6/22/2022 10:21:03 AM

Fecha Impresión:
6/22/2022 10:21:10 AM

Corrección: 0 **F1.P17.GF**

Obligación Contractual	Producto
1. APOYAR FINANCIERAMENTE EL ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LOS RECURSOS ASIGNADOS A LA DIRECCIÓN REGIONAL CON BASE EN EL REPORTE SIIF NACIÓN.	SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS PAGOS REGISTRADOS EN EL SIIF NACIÓN, POR MEDIO DEL CEN DE OBLIGACIONES, VERIFICACIÓN DE SALDOS POR OBLIGAR POR MEDIO DEL CEN DE COMPROMISOS DE ACUERDO CON EL SEGUIMIENTO AL PLAN ANUAL DE CAJA PAC DE LOS DESEMBOLSOS DE LOS PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA
2. APOYAR MENSUALMENTE EL CUMPLIMIENTO DE METAS SOCIALES Y FINANCIERAS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA.	NO APLICA
3. REALIZAR LAS PROYECCIONES FINANCIERAS Y/O COSTEOS APLICABLES O LOS CONTRATOS Y/O CONVENIOS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA A CARGO DE LA DIRECCIÓN REGIONAL.	NO APLICA PARA EL PRESENTE MES
4. APOYAR LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y SOPORTES TALES COMO CDP, RPC, CONSECUTIVO PACCO, INFORMES PERIÓDICOS DE PACCO, ESTADOS DE PAGO, ETC. REQUERIDOS DURANTE LOS PROCESOS CONTRACTUALES, DE CONVENIOS Y CONTRATOS.	SE REALIZAN SOLICITUDES DE CDP DE 91 CONTRATOS DE LA MODALIDAD INTEGRAL , SE REALIZAN LOS 81 PACCOS INTEGRALES, SE ASOCIAN LOS CONTRATOS EN PAGO POR , SE REALIZAN AJUSTES EN PACCO CORRESPONDIENTES A VALORES Y TIEMPO DE SERVICIO, SE REALIZAN DISMINUCIONES EN PACCO, SE CREAN LAS CARPETAS CON LOS PACCOS Y CDPS NOMBRADOS PERTINENTEMENTE DE ACUERDO CON LA MATRIZ DE CONTRATACIÓN Y SE SUBEN AL SHARE POINT,
5. APOYAR A TRAVÉS DE ASISTENCIA TÉCNICA FINANCIERA CON EL SEGUIMIENTO, CONTROL Y EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS APORTADOS POR EL ICBF EN LOS CONTRATOS Y/O CONVENIOS A CARGO DE LA DIRECCIÓN REGIONAL.	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO FINANCIERO CORRESPONDIENTE AL SEGUIMIENTO, CONTROL Y EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS NACIÓN Y PROPIOS A CADA CENTRO ZONAL, ACOMPAÑAMIENTO EN LEGALIZACIÓN DE CUENTAS, ENVÍO CUENTAS DE COBRO A TESORERÍA, SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL
6. REALIZAR LA PROYECCIÓN DE DESEMBOLSOS DE LOS CONTRATOS Y/O CONVENIOS SUSCRITOS POR LA DIRECCIÓN REGIONAL, DE ACUERDO CON LOS APLICATIVOS ESTABLECIDOS PARA TAL FIN POR EL ICBF.	SE REALIZA LA PROYECCIÓN DE LOS PAGOS DE ACUERDO CON LA MATRIZ DE CONTRATACIÓN Y SE ENVÍA SOLICITUD DE PAC MACIÓN DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DEL MES A LA SEDE NACIONAL DE RECURSOS NACIÓN Y EN ESTE MES TAMBIEN DE PROPIOS

7. APOYAR EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN CON EL SUMINISTRO DE SOPORTES CONTABLES, ESTADOS DE CUENTA Y DOCUMENTOS REQUERIDOS EN LA FASE PRECONTRACTUAL, CONTRACTUAL Y POSTCONTRACTUAL DE LOS CONTRATOS.	SE REALIZA LAS CERTIFICACIONES TECNICAS Y SE REVISAN LOS SOPORTE CONTABLES DE 7 OPERADORES QUE VAN POR EL TIPO DE CONTRATACIÓN 4.3 PARA LA RESPECTIVA CERTIFICACION FINANCIERA. EA HOGAR INFANTIL ARANJUEZ FUNDACION PAZ Y BIEN CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI COMFANDI CLUB ACTIVO INTERNACIONAL DE CALI FUNDACIÓN JERA HOGAR INFANTIL TEOFILO R. POTES CLUB ACTIVO INTERNACIONAL DE CALI HOGAR INFANTIL EL AMPARO DE LOS NIÑOS
8. APOYAR CON EL SUMINISTRO DE LOS SOPORTES CONTABLES PRESENTADOS POR LOS CONTRATISTAS, DENTRO DEL PROCESO DE REVISIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CUENTAS GENERANDO LAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES PERTINENTES.	NO APLICA ESTA OBLIGACIÓN EN EL MES DE JUNIO
10. LLEVAR EL CONTROL DE LA ASIGNACIÓN MENSUAL DE LOS RECURSOS PARA VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE, POR GRUPO DE TRABAJO, Y REMITIR EL INFORME A LA DIRECCIÓN DE PRIMERA INFANCIA, ANTES DEL DÍA 10 DEL MES SIGUIENTE A LA EJECUCIÓN.	SE REALIZA ADICIÓN DE RECURSOS EN EL PACCO10102 CORRESPONDIENTES A VIATICOS DE PRIMERA INFANCIA Y SE REALIZAN LA SOLICITUD DE ADICIÓN A LOS CDP´S DE OPERACIONES, ASISTENCIA TECNICA, CUENTAME Y FINANCIERAS QUE REALIZAN COMISIONES EN EL MES
11. REALIZAR INFORME DE RESERVAS Y CUENTAS POR PAGAR DE LA VIGENCIA, VERIFICANDO QUE SEAN INCLUIDAS EFECTIVAMENTE EN EL REZAGO PRESUPUESTAL DE LA VIGENCIA SIGUIENTE.	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO EN RESERVAS Y CUENTAS POR PAGAR CORRESPONDIENTE A LAS CUENTAS DE PRIMERA INFANCIA.
12. APOYAR LA CONSOLIDACIÓN DE MANERA OPORTUNA DE INSUMOS Y PROYECCIÓN DE RESPUESTAS PARA ATENDER LAS SOLICITUDES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, FORMULADAS POR DEPENDENCIAS DEL ICBF, PARTICULARES, ÓRGANOS DE CONTROL Y DEMÁS AUTORIDADES.	NO APLICA CONSOLIDAR INSUMOS PARA EL MES DE JUNIO
13. ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES Y COMITÉS TANTO INTERNOS COMO EXTERNOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL E INFORMAR A LA DIRECCIÓN DE PRIMERA INFANCIA SOBRE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS, PARA REALIZAR EL SEGUIMIENTO CORRESPONDIENTE PARA SU CUMPLIMIENTO.	SE ASISTE A REUNIÓN DE PAC CON EL EQUIPO PAC Y TESORERIA DE LA REGIONAL VALLE EL 28 DE JUNIO DE 2:00 PM A 3:00 PM REUNIÓN GET DEL 28 DE JUNIO,

14. CUMPLIR CON CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA LAS INSTRUCCIONES Y OBLIGACIONES QUE SEAN REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO QUE ESTÉN RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL MISMO.	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, SE REALIZA SEGUIMIENTO AL TRAMITE CONTRACTUAL, ADICIONES Y DEMAS PARA DAR EL TRÁMITE Y APOYO PERTINENTE Y DEMAS SOLICITUDES

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 76000202022 DEL 2022.

Firma del Contratista:_____

C.C No.: 31,323,581

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 quinientos dos mil pesos m/cte.,($ 3,502,000.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
DIANA CAROLINA GIL BETANCOURT	COORDINADORA	ATENCIÓN EN CICLOS DE VIDA Y NUTRICIÓN	

Revisó:_____

Santiago de Cali, junio 2022

Documento de Cobro n° 6

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

DEBE A:
YELENY RODRIGUEZ OSORIO
NIT. No. 31323581

La suma de **tres millones quinientos dos mil pesos m/cte., ($ 3,502,000.00).** *por concepto de* PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCIÓN REGIONAL PARA APOYAR LOS PROCESOS FINANCIEROS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS ASIGNADOS EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2018 – 2022 Y EN LAS METAS DELPLAN INDICATIVO INSTITUCIONAL 2019 – 2022.*L, del contrato* ***N° 76000202022*** *del año 2022.*

Consignar a la cuenta número 74129908959 del banco BANCOLOMBIA *tipo de cuenta* AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/06/2022	*30/06/2022*

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA	***8211***

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, ($50.831.200-2021)*	*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 ($133.014.000-2022)($127.078.000-2021) con el sector privado y/o 4.000 UVT ($152.016.000-2022) ($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 ($133.014.000-2022)($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:*	*__%*
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)**,*	*SI* *NO*

Cordialmente,

Nombre: YELENY RODRIGUEZ OSORIO
C.C.: ***31323581***
Dirección: KR 8 A 72 B 22
Celular: ***3187565540***
Correo Electrónico: ***ylor83@hotmail.com***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	31323581
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YELENY RODRIGUEZ OSORIO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 72 L NO 13 N 91	TELÉFONO:	4861869
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7840764674**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2022
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/06/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1491598298

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	$ 356.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 356.800	$ 0	$ 356.800
SUBTOTALES:										**$ 356.800**	**$ 0**	**$ 356.800**

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 278.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 278.800	$ 0	$ 0	$ 278.800
SUBTOTALES:													**$ 278.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 278.800**

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	$ 11.700	$ 11.700	$ 0	$ 0	$ 11.700
SUBTOTALES:									**$ 11.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	31323581
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YELENY RODRIGUEZ OSORIO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 72 L NO 13 N 91	TELÉFONO:	4861869
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:	**7840764674**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/06/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1491598298

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 356.800
SUBTOTAL:			1	**$ 356.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 278.800
SUBTOTAL:			1	**$ 278.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 11.700
SUBTOTAL:			1	**$ 11.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 647.300**