1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 574339

CONTRATO No. 23001122022 Del 28/01/2022 **SEDE O REGIONAL**: Córdoba

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 02/02/2022 HASTA: 31/12/2022

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **ENALBA DE LAS MERCEDES LOPEZ HERNANDEZ**

No. Documento de identificación: **42,206,179** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **4474916708** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **10.2 / 10.2** Mes de Pago: **DICIEMBRE** 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	**38,405,267.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**1,167,333.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**38,405,267.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**0.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 36422 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-18-0-4102040-02	27	**1,167,333.00**

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 (*):	**14,624.00**

(*) 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
12/14/2022 8:55:37 PM

Fecha Impresión:
12/14/2022 8:59:05 PM

Corrección: 0 **F1.P17.GF**

Obligación Contractual	Producto
APOYAR A LA DIRECCIÓN REGIONAL EN EL PLAN DE ASISTENCIA TÉCNICA, DÉ ACUERDO CON LA GUÍA CORRESPONDIENTE	Apoye con la información solicitada por el enlace de seguimiento regional Córdoba (Reporte de verificaciones) realizada en el periodo del 21 al 31 de diciembre
APOYAR Y PROMOVER EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y TRABAJO (GET) EL FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA EN EL TERRITORIO.	En este periodo esta obligación no aplico
APOYAR EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES TRIMESTRALES DEL PLAN ASISTENCIA TÉCNICA A NIVEL REGIONAL Y ZONAL, Y EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.	Apoyé en envió de actas de verificación del mes de diciembre para informe del supervisor. También con elaboración de informe de las 16 visitas de verificación cobertura, asistencia y servido de alimentos en los servicios de la modalidad institucional en el mes de diciembre relacionando en este los presuntos incumplimientos de obligaciones contractuales en cada una de las unidades de servicio (CDI)
APOYAR CON EL SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CUALIFICACIÓN Y FORMACIÓN, RELACIONADOS CON EL DESARROLLO INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA Y EDUCACIÓN INICIAL.	En este periodo esta obligación no aplico.
APOYAR CON LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS PARA LA MEDICIÓN DE CALIDAD DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	Realice la batería de riesgo psicosocial (seguridad y salud en el trabajo)
ACOMPAÑAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LOS COMPONENTES DE CALIDAD DE MANUALES OPERATIVOS DE CADA MODALIDAD Y LA ADECUACIÓN DE LOS SERVICIOS EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES, PARA GARANTIZAR PERTINENCIA Y CALIDAD.	Realice visitas de verificación cobertura, asistencia y servido de alimentos en los servicios de la modalidad institucional a las siguientes unidades de servicios UDS. 1. UDS CDI Villa Sabanera, código 2366000095339, Carita Feliz código, 236601119757, Sonrisas Infantiles código 236601119613, San Juan código 236601119735, Sahagún código 2366000095343, fantasía de Luz código 2366000095341, Venecia código 2366000122870 adscrita a la corporación amigos de la tierra contrato23001802022 2. UDS CDI, San Rafael código 231821116445, Sonrisas y letras de Cacaotal, código 2318200122428, adscrita a la Asociación Biopromotora de Colombia contrato 23001692022 3. DIMF CDI Trementino Bajo adscrita a Fundación sin Barreras contrato 23001622022
APOYAR CON LA PUESTA EN PRÁCTICA DEL MODELO DE ENFOQUE DIFERENCIAL DE DERECHOS (PERTINENCIA ÉTNICA, DISCAPACIDAD, GÉNERO Y TERRITORIAL).	En este periodo esta obligación no aplico.

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.	Realice el descargue del instrumento verificación cobertura, asistencia y servido de alimentos en los servicios de la modalidad institucional para el ciclo de diciembre en el APP Survey. por otra parte, cargue verificaciones realizadas en los CDI del centro zonal y a la vez en el repositorio
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.	En este periodo esta obligación no aplico.
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	Cumplí con las instrucciones dadas por el supervisor del centro zonal para las verificaciones en el mes de diciembre.

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 23001122022 DEL 2022.

Firma del Contratista:_____

C.C No.: 42,206,179

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 ciento sesenta y siete mil trescientos treinta y tres pesos m/cte.,($ 1,167,333.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
JOSE DAVID ARCIA SAEZ	COORDINADOR	CENTRO ZONAL SAHAGUN	

Revisó: Sulmi Urrola G.

SAHAGUN, 14/12/2022

Documento de cobro No ***13***

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

DEBE A:

ENALBA DE LAS MERCEDES LÓPEZ HERNANDEZ
NIT. No. 42206179-8

La suma de ***un millón ciento sesenta y siete mil trescientos treinta y tres pesos M/cte****.* ***($1.167.333****), por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCIÓN REGIONAL PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS DE SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS DE APORTE CELEBRADOS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA PARA DAR CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS ASIGNADOS AL PROGRAMA EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2018 – 2022 Y EN LAS METAS DEL PLAN INDICATIVO INSTITUCIONAL 2019 – 2022.*
, del contrato ***N° 23001122022*** *del año 2022.*

Consignar a la cuenta número 310100887101 del banco BANCOOMEVA tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
21/12/2022	31/12/2022

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 7220

	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, $ 50.831.200,00)*	*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 ($ 127.078.000,00 - 2021) ($ 133.014.000,00 - 2022) con el sector privado o 4.000 UVT ($ 145.232.000,00 - 2021) ($ 152.016.000,00 - 2022) 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 ($ 127.078.000,00 - 2021) ($ 133.014.000,00 - 2022) o que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o supérior a 4.000 UVT ($ 152.016.000,00 - 2022) ($ 145.232.000,00 - 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****)*	*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,

ENALBA DE LAS MERCEDES LÓPEZ HERNANDEZ
C.C.: ***42206179***
Dirección: ***CALLE 34 # 22-40 APTO 2 BARRIO SAN MIGUEL***
Celular: ***3000000000***

Correo Electrónico: ***enalbalopezh@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:	42206179
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ENALBA DELASMERCEDES LOPEZ HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	COROZAL	DEPARTAMENTO:	SUCRE
DIRECCIÓN:	CL 41 20 B 82	TELÉFONO:	2857560
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - SINCELEJO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4474916708**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2022
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/12/01			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992356727

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 224.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 224.800	$ 0	$ 224.800
SUBTOTALES:										**$ 224.800**	**$ 0**	**$ 224.800**

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	$ 175.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 175.600	$ 0	$ 0	$ 175.600
SUBTOTALES:													**$ 175.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 175.600**

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	$ 14.700	$ 14.700	$ 0	$ 0	$ 14.700
SUBTOTALES:									**$ 14.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 14.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 42206179	LOPEZ HERNANDEZ ENALBA DE LAS MERCEDES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.404.800				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.404.800	$ 224.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.404.800	$ 175.600	$ 0	$ 175.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.404.800	42206179	$ 14.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 415.100**