1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 593550

CONTRATO No. 11006872023 Del 20/02/2023 **SEDE O REGIONAL**: Bogotá

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 20/02/2023 HASTA: 16/12/2023

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **MELYZSA DANNA ALVARADO LEAL**

No. Documento de identificación: **1,020,798,817** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **66485010** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **1**

Pago No.: **2 / 10** Mes de Pago: **MARZO** Declarante de Renta: **NO** 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	**36,402,300.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**3,677,000.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**5,025,233.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**31,377,067.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 134423 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4199-1500-8-0-4199064-02	27	**3,677,000.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**145,000.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**185,600.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC, SEGURO PENSIÓN U OTROS (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**0.00**

(*) 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
6. ATENDER LAS SOLICITUDES DE VISITAS, REVISIONES Y DEMÁS ACTUACIONES QUE SE REQUIERAN EN LA REGIONAL BOGOTÁ RELACIONADAS CON LAS INFRAESTRUCTURAS DONDE EL ICBF PRESTA SUS SERVICIOS.	Se realizó visita para el trámite de renovación de licencia, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos del componente técnico administrativo de infraestructura a los siguientes operadores: 1. Fundación Bambi modalidad internado. 2. Fundación Bambi modalidad Hogar sustituto 3. Fundación semillas de amor modalidad internado 4. Fundación Amaly modalidad internado, visita a sede principal y sede complementaria 5. Fundación Laudes modalidad internado Niñas sede Marsella 6. Fundación Laudes modalidad internado niños sede Las Américas 7. Fundación Laudes modalidad internado niñas/niños sede los Andes 8. Fundación Corporación Amor por Colombia modalidad internado, visita a sede principal y sede complementaria 8. Casa MYA modalidad internado de discapacitados 9. IPSICOL SRPA Redentor NIÑAS modalidad Centro de Atención Especializado CAE 10. IPSICOL SRPA Redentor NIÑAS modalidad Centro de Internamiento Preventivo CIP 11. Fundación Amanecer modalidad internado de discapacitados 12. Fundación Creemos en Ti modalidad servicio complementario de apoyo psicológico especializado 13. Fundación Bambia modalidad casa albergue 14. Casa Otero Lievano modalidad casa albergue

8. PROYECTAR REPUESTA A REQUERIMIENTOS, DERECHOS DE PETICIÓN Y DEMÁS CONSULTAS QUE SE REALICEN CON RELACIÓN A LOS TEMAS DE INFRAESTRUCTURA INMOBILIARIA Y DEMÁS QUE LE SEAN ASIGNADOS	Se efectuó de acuerdo a la visita técnica para el trámite de renovación de licencia, los siguientes entregables a las líderes de los procesos: 1. Concepto de renovación de licencia 2. Instrumento de acuerdo a la modalidad, con sus respectivos anexos 3. Acta de visita 4. Registro fotográfico Lo anterior, de los siguientes operadores: 1. Fundación Bambi modalidad internado. 2. Fundación Bambi modalidad Hogar sustituto 3. Fundación semillas de amor modalidad internado 4. Fundación Amaly modalidad internado, visita a sede principal y sede complementaria 5. Fundación Laudes modalidad internado Niñas sede Marsella 6. Fundación Laudes modalidad internado niños sede Las Américas 7. Fundación Laudes modalidad internado niñas/niños sede los Andes 8. Fundación Corporación Amor por Colombia modalidad internado, visita a sede principal y sede complementaria 8. Casa MYA modalidad internado de discapacitados 9. IPSICOL SRPA Redentor NIÑAS modalidad Centro de Atención Especializado CAE 10. IPSICOL SRPA Redentor NIÑAS modalidad Centro de Internamiento Preventivo CIP 11. Fundación Amanecer modalidad internado de discapacitados 12. Fundación Creemos en Ti modalidad servicio complementario de apoyo psicológico especializado 13. Fundación Bambi modalidad casa albergue 14. Casa Otero Lievano modalidad casa albergue

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 11006872023 DEL 2023.

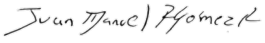
Firma del Contratista:_____

C.C No.: 1,020,798,817

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 seiscientos setenta y siete mil pesos m/cte.,($ 3,677,000.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
JUAN MANUEL RICARDO GOMEZ RAMIREZ	COORDINADOR DEL GRUPO ADMINISTRATIVO DE ICBF	GRUPO ADMINISTRATIVO	

Revisó:_____

BOGOTÁ D.C.,23/03/2023

Documento de cobro No 02

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

DEBE A:

MELYZSA ALVARADO LEAL
NIT. No. 1.020.798.817-9

*La suma de TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL PESOS **M/cte**. **($ 3.677.000,00**), por concepto de PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL GRUPO ADMINISTRATIVO DE LA REGIONAL BOGOTA DEL ICBF, PARA ATENDER LOS TRAMITES OPERATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL GRUPO , del contrato **N° 11006872023** del año 2023 .*

Consignar a la cuenta número 24087101641 del banco BCSC S A tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/03/2023	30/03/2023

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 4290

	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	*El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria*	*SI*
3	*Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, $ 53.205.600,00)*	*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 ($ 133.014.000,00 - 2022) ($ 148.442.000,00 - 2023) con el sector privado o 4.000 UVT ($ 152.016.000,00 - 2022) ($ 169.648.000,00 - 2023) 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 ($ 133.014.000,00 - 2022) ($ 148.442.000,00 - 2023) 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 ($ 169.648.000,00 - 2023) ($ 152.016.000,00 - 2022)*	*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**)*	*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,

C.C.: 1.020.798.817
Dirección:CALLE 168 #9-11
Celular: 3133548873
Correo Electrónico:melyzsa.alvarado@icbf.gov.co
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020798817	MELYZSA DANNA ALVARADO LEAL	CL 168 # 9 11	3133548873	MELYZSAALVARADO@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	24/03/2023	66485010	$343.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	17	3.000	0	148.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	17	3.900	0	189.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.100				6.100	17	200	6.300			61	6.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	148.000
Pensión	1	185.600	189.500
Riesgos Laborales	1	6.100	6.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	343.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020798817	MELYZSA DANNA ALVARADO LEAL		CL 168 # 9 11	3133548873	MELYZSAALVARADO@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	24/03/2023	66485010	$343.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1020798817	ALVARADO LEAL MELYZSA DANNA	59	0			N	R																25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información