1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 611234

CONTRATO No. 15001832023 Del 06/02/2023 **SEDE O REGIONAL**: Boyacá

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 06/02/2023 HASTA: 30/12/2023

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ**

No. Documento de identificación: **1,049,633,874** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **4497142361-7880248350** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo):

Pago No.: **3 / 10** Mes de Pago: **ABRIL** 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	**39,589,033.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**3,677,000.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**10,173,033.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**29,416,000.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 59723 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-18-0-4102040-02	27	**3,677,000.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**183,800.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**235,300.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC, SEGURO PENSIÓN U OTROS (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**15,355.00**

(*) 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.

6. APOYAR LA REMISIÓN DE ALERTAS Y/O RESULTADOS DE LAS VERIFICACIONES REALIZADAS A LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO PARA EMPRENDER ACCIONES ADMINISTRATIVAS, EN EL EJERCICIO DE SU AUTONOMÍA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL, ASÍ COMO, REPORTAR Y ACTUALIZAR DICHA INFORMACIÓN EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR ICBF.	Se realizo seguimiento a requerimientos y procesos administrativos y/o sancionatorios derivados ante presuntos incumplimientos en la prestación de los servicios, en el mes de Abril. Se realizará la socialización de alertas presentadas en las verificaciones realizadas a las UDS con código cuéntame 1517600083510, 1517600083514, 1517600083515, 1517600083516, 1517600083517, 1517600083522, 1517600083524, 1517600083536, 1517600083537 Y 156000008676, al supervisor del contrato, las cuales se proyectarán en el grupo de estudio para determinar las acciones a realizar frente a los presuntos incumplimientos.
7. APOYAR LA PROYECCIÓN Y/O REVISIÓN OPORTUNA DE RESPUESTAS PARA ATENDER LAS SOLICITUDES RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO, FORMULADAS POR ICBF, PARTICULARES, ÓRGANOS DE CONTROL, ENTES TERRITORIALES Y OTRAS INTERESADOS.	se realizó la revisión y elaboración del informe técnico bimestral de los contratos de aporte 15003072022, 15003082022, 15003642022. 15001352023 y 15001502023
8. ASISTIR Y PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE INDUCCIÓN, REINDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO Y ORIENTACIONES PARA LA APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO, REUNIONES, MESAS DE TRABAJO Y COMITÉS TANTO INTERNOS COMO EXTERNOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, ELABORANDO LAS ACTAS CORRESPONDIENTES Y EVIDENCIANDO LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS.	Asistí, participe y acompañe Socialización Memorando Radicado No: 20231600000039783, el día 17 de abril de 2023. Asistí, participe y acompañe ENTREGABLES FISICOS Y DIGITALES CONTRATOS DE APORTE, INFOMES BIMESTRALES TECNICOS FINANCIEROS, el día 20 de abril de 20223
9. CUMPLIR TODAS LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y QUE ESTÉN RELACIONADOS CON EL OBJETO DE ESTE.	Realice la socialización de lineamientos técnicos en la atención integral en la primera infancia en GET Centro Zonal Chiquinquirá.

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 15001832023 DEL 2023.

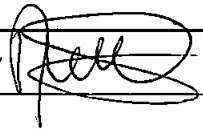
Firma del Contratista: _____

C.C No.: 1,049,633,874

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
LILIA ESPERANZA SALINAS VILLAMIL	COORDINADOR CZ CHIQUINQUIRÁ	SUPERVISOR DEL CONTRATO	

Revisó:_____