1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 657598

CONTRATO No. 76001752023 Del 18/01/2023 **SEDE O REGIONAL**: Valle Del Cauca

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 18/01/2023 HASTA: 30/12/2023

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **NATALIA RODRIGUEZ HERNANDEZ**

No. Documento de identificación: **1,143,836,632** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **4523449234** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **10 / 11** Mes de Pago: **OCTUBRE** 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	**42,041,510.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**3,677,100.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**34,687,310.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**7,354,200.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 54823 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-14-0-4102037-02	21	**3,677,100.00**

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 (*):	**15,356.00**

(*) 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
10/25/2023 9:13:57 PM

Fecha Impresión:
10/25/2023 9:14:30 PM

Corrección: 0 **F1.P17.GF**

Obligación Contractual	Producto
1. APOYAR AL EQUIPO TÉCNICO INTERDISCIPLINARIO EN LA VERIFICACIÓN DE LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ORDENADAS POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA CUANDO PRESUNTAMENTE SE ENCUENTRAN VULNERADOS O AMENAZADOS	Durante el periodo comprendido en el mes de octubre, fueron asignadas 63 peticiones de las cuales, el equipo base junto con el defensor de familia abordaron 2 peticiones por lo cual me correspondió tramitar 61 peticiones a cargo de la defensora Sandra Ortiz del centro zonal sur. 1763768771 1763787104 1763767874 1763789160 1763773732 31844765 1763790871 1763752723 31844887 1763765439 1763789153 31844900 1763764464 1763790789 1763791565 31845028 1763772664 1763770806 31844901 1763774042 1763791683 1763793356 1763765121 1763794919 1763789459 1763787335 1763768676 1763791394 31844832 31845002 1763790770 1763770457 1763774163 1763770034 1763795372 1763764305 31845010 1763774430 1763787258 1763789625 31844868 317115240 31844834 1763765897 31845019 31844871 1763750242 31844869 1763790441 1763769364 1763765922 1763768202 1763771506 1763749804 1763787280 1763774049 1763770277 31844863 31845044 31844755 1763787297
2. COADYUVAR CON EL EQUIPO TÉCNICO INTERDISCIPLINARIO DE LA DEFENSORÍA DE FAMILIA EN LA REALIZACIÓN OPORTUNA DE LAS VALORACIONES SOCIO - FAMILIARES SOLICITADAS POR LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS COMPETENTES, EMITIENDO LOS CONCEPTOS QUE TIENEN ALCANCE DE DICTAMEN PERICIAL.	Se realizaron los informes de verificación de derechos y se subieron a la plataforma SIM a través de la actuación de Valoración de trabajo social PRD-525 y AGE-013 (Acción para verificación de derechos) en el cual se consignó los informes de las visitas realizadas durante el mes en curso. Adicional a esto, se realizó el cargue de cada uno de los informes en la ruta establecida para que el defensor a cargo pueda tener acceso al informe como tal de manera directa.
3. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ÓRDENES JUDICIALES CUANDO SE SOLICITE EN EL MARCO DE SUS COMPETENCIAS	Se realizan las verificaciones de derecho acorde a lo estipulado tanto por orientación de la regional Valle, plan rezago, en el centro zonal que me correspondió apoyar durante el periodo evaluado.

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 CON EL FIN DE EMITIR LOS CONCEPTOS SOLICITADOS POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA.	Se realiza comunicación permanente con los defensores a los cuales se realizó el apoyo desde el área de trabajo social para en conjunto, tomar las decisiones correspondientes a cada caso.
5. ASISTIR AL EQUIPO TÉCNICO INTERDISCIPLINARIO DE LA DEFENSORÍA DE FAMILIA EN LA MATERIALIZACIÓN DE LAS ACTUACIONES PERTINENTES FRENTE AL SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ORDENADAS POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA, DESDE EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL.	A través de los informes de verificación de derechos, se realizan las recomendaciones y orientaciones pertinentes para los casos atendidos durante las visitas domiciliarias realizadas. De igual manera, se brinda información sobre las redes de apoyo institucional existentes en la ciudad ante las cuales las familias pueden solicitar un apoyo acorde cada caso.
6. ASISTIR PUNTUALMENTE EN LAS REUNIONES CONVOCADAS CON OCASIÓN DEL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES Y A LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y TRABAJO QUE SE PROGRAMEN EN EL GRUPO DE PROTECCIÓN, ASUMIENDO LOS COMPROMISOS QUE ALLÍ SE ESTABLEZCAN DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA.	Durante el mes en curso, participé del GET programado el día 27 de octubre de 2023.
7. ACOMPAÑAR LOS COMITÉS CONSULTIVOS ZONALES Y REGIONALES CON EL FIN DE BRINDAR RECOMENDACIONES FRENTE A LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	No aplica para el periodo evaluado
8. COLABORAR CON EL SUMINISTRO Y RESPUESTA DE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS REQUERIMIENTOS QUE REALICEN LOS ÓRGANOS DE CONTROL RESPECTO DE PROCESOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE ACUERDO CON SUS COMPETENCIAS.	No aplica

9. ARCHIVAR DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL, EN LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, LA S VALORACIONES, INFORMES, CONCEPTOS, ACTAS Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE SE HAYAN PRODUCIDO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.	No se realizó durante el periodo evaluado
10. APOYAR A LA DEFENSORÍA DE FAMILIA CON EL REGISTRO DE MANERA OPORTUNA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL DEL ICBF-SIM, DE LAS ACTUACIONES QUE, DESDE EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL, SE REALICEN EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y QUE SE ENCUENTRAN ARCHIVADOS EN LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN.	Durante el periodo comprendido en el mes de septiembre se realizaron 61 verificaciones de derecho correspondientes al centro zonal sur correspondientes a la defensora Sandra Ortiz 1763768771 1763787104 1763767874 1763789160 1763773732 31844765 1763790871 1763752723 31844887 1763765439 1763789153 31844900 1763764464 1763790789 1763791565 31845028 1763772664 1763770806 31844901 1763774042 1763791683 1763793356 1763765121 1763794919 1763789459 1763787335 1763768676 1763791394 31844832 31845002 1763790770 1763770457 1763774163 1763770034 1763795372 1763764305 31845010 1763774430 1763787258 1763789625 31844868 317115240 31844834 1763765897 31845019 31844871 1763750242 31844869 1763790441 1763769364 1763765922 1763768202 1763771506 1763749804 1763787280 1763774049 1763770277 31844863 31845044 31844755 1763787297
11. APOYAR AL CENTRO ZONAL DESDE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL APLICANDO LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SIGE.	Se tienen en cuenta las capacitaciones para aplicar los procesos y procedimientos relacionados con el SIGE.

12. BRINDAR ASESORÍA DESDE EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL A LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS USUARIAS DE DEMANDA ESPONTÁNEA EN EL CENTRO ZONAL, PARA INICIAR TRÁMITES DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, CUANDO LO REQUIERA.	Durante las visitas domiciliarias realizadas, se brinda orientación desde el área de trabajo social tanto a los acudientes como niños, niñas y adolescentes acorde a cada caso y su necesidad para llevar a cabo un restablecimiento de derechos efectivo acompañado del apoyo que puedan brindar las instituciones existentes. 1763768771 1763787104 1763767874 1763789160 1763773732 31844765 1763790871 1763752723 31844887 1763765439 1763789153 31844900 1763764464 1763790789 1763791565 31845028 1763772664 1763770806 31844901 1763774042 1763791683 1763793356 1763765121 1763794919 1763789459 1763787335 1763768676 1763791394 31844832 31845002 1763790770 1763770457 1763774163 1763770034 1763795372 1763764305 31845010 1763774430 1763787258 1763789625 31844868 317115240 31844834 1763765897 31845019 31844871 1763750242 31844869 1763790441 1763769364 1763765922 1763768202 1763771506 1763749804 1763787280 1763774049 1763770277 31844863 31845044 31844755 1763787297
13. 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 realiza control y seguimiento a las matrices en los que se lleva el registro de las peticiones abordadas y que requieren seguimiento. Se realiza informe de seguimiento
14. GESTIONAR EN LOS TÉRMINOS DE LEY, LAS PETICIONES DIRECCIONADAS A TRAVÉS DE LOS APLICATIVOS SIM Y ORFEO.	Se realizan las verificaciones de derecho asignadas durante el tiempo estipulado por parte de la regional para brindar apoyo al centro zonal sur en la defensoría que se encuentran con peticiones rezagadas.
15. CUMPLIR CON LAS POLÍTICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.	Se tienen en cuenta las recomendaciones y se cumple con lo estipulado dentro del SIGE

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 76001752023 DEL 2023.

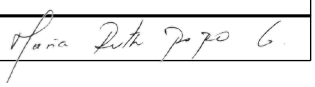
Firma del Contratista:_____

C.C No.: 1,143,836,632

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 cien pesos m/cte.,($ 3,677,100.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
MARIA RUT POPO GONZALEZ	COORDINADORA	GRUPO DE PROTECCION	

Revisó:_____

Jamundi, 25/10/2023

Documento de cobro No ***10***

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

DEBE A:

NATALIA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ
NIT. No. 1143836632-3

La suma de ***tres millones seiscientos setenta y siete mil cien pesos M/cte. ($3.677.100****), por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE TRABAJO SOCIAL A LAS DEFENSORIAS DE FAMILIA DE LA REGIONAL VALLE DEL CAUCA, PARA APOYAR LOS TRÁMITES DENTRO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN EL MARCO DEL FORTALECIMIENTO Y DESCONGESTIÓN DE LAS DEFENSORÍAS DE FAMILIA, del contrato* ***N° 76001752023*** *del año 2023.*

Consignar a la cuenta número 147866755 del banco BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/10/2023	31/10/2023

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	*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*	*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 ($ 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*
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****)*	*SI*
	• ***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)***	*NO*

Cordialmente,

NATALIA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ
C.C.: ***1143836632***
Dirección: ***KR 10 S 4 36***
Celular: ***3157226902***

Correo Electrónico: ***nataliarhy@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:	1143836632
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NATALIA RODRIGUEZ HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CL 4A # 95- 46	TELÉFONO:	3325390
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:		**4523449234**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996324208

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	$ 235.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 235.400	$ 0	$ 235.400
SUBTOTALES:										**$ 235.400**	**$ 0**	**$ 235.400**

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	$ 183.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.900	$ 0	$ 0	$ 183.900
SUBTOTALES:													**$ 183.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 183.900**

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	$ 15.400	$ 15.400	$ 0	$ 0	$ 15.400
SUBTOTALES:									**$ 15.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
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	PENSIÓN								SALUD						ARP						PARAFISCALES										
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		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
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																											
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1143836632	RODRIGUEZ HERNANDEZ NATALIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.470.840				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.470.840	$ 235.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 235.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.470.840	$ 183.900	$ 0	$ 183.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.470.840	114383663	$ 15.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 434.700**

Juan Carlos Roldan Alvarez

De: Maria Ruth Popo Gonzalez
Enviado el: martes, 7 de noviembre de 2023 12:27 p. m.
Para: Adriana Daza Dorado
CC: Jennifer Rodriguez Pena; Gissel Rodriguez Camayo; Juan Carlos Roldan Alvarez
Asunto: Autorización Pago Honorarios mes de Octubre de 2023
Datos adjuntos: Planilla_de_pagos_a_contratistas_Regional_Valle Del Cauca_Area_Grupo de Proteccion20231107.pdf

Cordial Saludo,

Yo **Maria Ruth Popo Gonzalez**, en mi calidad de supervisor de los contratos descritos en la planilla No. 249468 de fecha 7 de noviembre "DATOS REQUERIDOS PARA EL TRAMITE FINANCIERO DE LOS PAGOS A CONTRATISTAS SERVICIOS PERSONALES – HONORARIOS, certifico que las personas allí relacionadas han cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados por los colaboradores durante el mes de octubre.

Cordialmente,

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Maria Ruth Popo Gonzalez
Profesional Especializado
Grupo de Protección
ICBF Sede Regional Valle del Cauca
Avenida 2 Norte No. 33 AN – 45 Barrio Pr
Teléfono: 602 4882525 Ext. 260024
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co