RV: AUTORIZACIÓN DE PAGO - HONORARIOS CONTRATISTAS CZ SUR DICIEMBRE PARTE 01 2023

Orfa Valencia Bedoya <Orfa.Valencia@icbf.gov.co>

Lun 11/12/2023 8:40

Para:Adriana Daza Dorado <Adriana.Daza@icbf.gov.co>;Jennifer Rodriguez Pena <Jennifer.Rodriguez@icbf.gov.co>;Carlos Enrique Lozano Vasquez <Carlos.LozanoV@icbf.gov.co>;Ivan Andres Posada Villaneda <Ivan.Posada@icbf.gov.co>
CC:Luisa Fernanda Racines Fernandez <Luisa.Racines@icbf.gov.co>

3 archivos adjuntos (506 KB)

261087_PRIMERA INFANCIA_CZ SUR.pdf; 261135_ANGIE PAOLA BENAVIDES_CZ SUR.pdf; 261193_PROTECCIÓN_CZ SUR.pdf;

Señores Grupo Financiero, reciban un cordial saludo:

De manera atente envío para su valioso apoyo:

*"Yo **ORFA VALENCIA BEDOYA**, en mi calidad de supervisora de los contratos descritos en las planillas números* 261087 - 261135 - *261193* ***CUENTAS DICIEMBRE PARTE 01 2023 CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS CZ SUR "DATOS REQUERIDOS PARA EL TRAMITE FINANCIERO DE LOS PAGOS A CONTRATISTAS SERVICIOS PERSONALES –HONORARIOS****, de fecha 07/12/2023 anexa al presente, certifico que las personas allí relacionadas han cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo los pagos de los servicios prestados por los colaboradores en el mes de diciembre relacionados en las planillas adjuntas".*

Muchas gracias por su amable atención.

Cordialmente,

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Orfa Valencia Bedoya
Profesional Especializado - Coordinadora
Centro Zonal Sur
ICBF Sede Regional Valle del Cauca
Carrera 42 # 5C-48
Teléfono: 4882525 Ext. 264000
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 689752

CONTRATO No. 76001482023 Del 17/01/2023 **SEDE O REGIONAL**: Valle Del Cauca

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 17/01/2023 HASTA: 31/12/2023

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **JENNY LORENA ESCOBAR ESCOBAR**

No. Documento de identificación: **1,130,590,057** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **1059542268** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **11.1 / 11.2** Mes de Pago: **DICIEMBRE** 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	**42,164,080.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**2,451,400.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**40,938,380.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**1,225,700.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 52023 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-18-0-4102040-02	27	**2,451,400.00**

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 (*):	**35,830.00**

(*) 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
1. APOYAR A LA DIRECCIÓN REGIONAL EN EL PLAN DE ASISTENCIA TÉCNICA, DE ACUERDO CON LA GUÍA CORRESPONDIENTE.	- se realiza espacio de asistencia técnica con las EAS de primera infancia acerca del plan de gestión de riesgos. - se realiza asistencia técnica con cuidadores del hogar infantil posada de los sueños en prevención de violencias basadas en genero
2. 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.	- se asiste al GET del centro zonal sur
3. APOYAR EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES TRIMESTRALES DEL PLAN ASISTENCIA TÉCNICA A NIVEL REGIONAL Y ZONAL, Y EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.	- se realiza el cargue de las evidencias correspondientes al IV trimestre en la ejecución del PAT
4. 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.	- se implementa mesa para la asistencia técnica del centro zonal sur para el fortalecimiento y cualificación del talento humano de cada una de las EAS.
5. APOYAR CON LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS PARA LA MEDICIÓN DE CALIDAD DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA.	- no aplica para el periodo en mención
6. 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.	mediante la mesa para la asistencia técnica del centro zonal sur para el fortalecimiento y cualificación del talento humano de cada una de las EAS se realizan orientaciones para la óptima ejecución y atención de los niños y niñas
7. APOYAR CON LA PUESTA EN PRÁCTICA DEL MODELO DE ENFOQUE DIFERENCIAL DE DERECHOS (PERTINENCIA ÉTNICA, DISCAPACIDAD, GÉNERO Y TERRITORIAL).	- no aplica para el periodo en mención
8. 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.	se realiza conteo de RAM de modalidad comunitaria y tradicional
9. 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 participa en mesa para la asistencia técnica para la primera infancia - se participa en el GET del centro zonal sur

10, 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 atienden todas las solicitudes realizadas por parte del supervisor de los contratos de la primera infancia del centro zona sur.

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 76001482023 DEL 2023.

Firma del Contratista:_____

C.C No.: 1,130,590,057

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 dos millones cuatrocientos cincuenta y un mil cuatrocientos pesos m/cte.,($ 2,451,400.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
ORFA VALENCIA BEDOYA	COORDINADORA	CENTRO ZONAL SUR	

Revisó:_____

cali, 06/12/2023

Documento de cobro No ***111***

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

DEBE A:

JENNY LORENA ESCOBAR ESCOBAR
NIT. No. 1130590057-2

La suma de ***dos millones cuatrocientos cincuenta y un mil cuatrocientos pesos M/cte****.* ***($2.451.400****), por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCIÓN DE PRIMERA INFANCIA EN LA DIRECCIÓN REGIONAL, PARA APOYAR LA ASISTENCIA TÉCNICA Y FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO, PARA AVANZAR DE MANERA PROGRESIVA EN LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA, del contrato* ***N° 76001482023*** *del año 2023.*

Consignar a la cuenta número 0550488412854264 del banco BANCO DAVIVIENDA S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/12/2023	20/12/2023

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 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****)*	*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,

JENNY LORENA ESCOBAR ESCOBAR
C.C.: ***1130590057***
Dirección: ***CL 53 98 91 TORRE 1***
Celular: ***3223078981***

Correo Electrónico: ***jeloes@hotmail.com***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-12-06, 08:04:45 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1059542268

Periodo Cotización: noviembre de 2023 **Periodo Servicio:** noviembre de 2023

PAGADO 06/12/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNY LORENA ESCOBAR ESCOOBAR		
Documento	CC1130590057	**Dirección**	CL 53 SUR #98 - 91 APTO 1002 TORRE 1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223078981
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1130590057	JENNY LORENA ESCOBAR ESCOBAR	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.680.000	$ 268.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.680.000	$ 210.000	2,436	$ 1.680.000	$ 41.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 519.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.680.000	$ 1.680.000	$ 1.680.000	$ 0	$ 268.800	$ 210.000	$ 41.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 519.800	$ 0	$ 519.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.