MEMORANDO

Radicado No: 2024400010000011633

Para: SANDRA MILENA GALINDO DIAZ
Coordinadora Grupo Financiero

Asunto: Solicitud trámite desembolso Contrato 19001782024 Hogar Infantil Duendecillos

Fecha: 2024-04-16

Comedidamente solicito su colaboración para tramitar el segundo desembolso a la entidad Hogar Infantil Duendecillos, periodo abril-mayo de 2024, para lo cual anexo: Certificación de Pagos, Planilla de pago, cuenta de Cobro, Certificación paz y salvo pago Proveedores, Seguridad Social y Parafiscales, Planilla Pago Seguridad Social y comunicación al supervisor

No. Contrato	CONTRATISTA	VALOR GIRO
19001782024	HOGAR INFANTIL DUENDECILLOS	$95.891.267

Atentamente,

BELSSY LUCIA SANCHEZ ORTIZ
Coordinadora ICBF Centro Zonal Popayán

	NOMBRE - CARGO	FIRMA	FECHA
Proyecto:	Adriana Maria Bastidas González- Técnico administrativo CZ Popayán.		16/04/2024
Reviso:	Belssy Lucia Sanchez Ortiz- Coordinadora CZ Popayán		16/04/2024
Aprobó:	Belssy Lucia Sanchez Ortiz- Coordinadora CZ Popayán		16/04/2024
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma			

Yo, **ADRIANA MARIA BASTIDAS GONZALEZ**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	**HOGAR INFANTIL DUENDECILLOS**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**891502253**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	19001782024	FECHA SUSCRIPCIÓN	5 (día)	febrero (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 5 (día) febrero (mes) 2024 (año)	HASTA	30 (día) septiembre (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			16 (día) abril (mes) 2024 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	2	DE	4
VALOR A PAGAR	$ 95.891.267,00	EN LETRAS	NOVENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MCTE.		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) abril (mes) 2024 (año)	HASTA	31 (día) mayo (mes) 2024 (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	49824	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-2	161		$ 94.721.267,00
SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	49824	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-2	161		$ 1.170.000,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCO CAJA SOCIAL	NÚMERO DE CUENTA	24116104492	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$ -	A EN LETRAS			
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 95.891.267,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 95.891.267,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 95.891.267,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
ADRIANA MARIA BASTIDAS GONZALEZ	TECNICO ADMINISTRATIVO		C Z POPAYAN	

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
LUZ MERY CARVAJAL LOPEZ	ENLACE FINANCIERO		C Z POPAYAN	LUZ MERY CARVAJAL L

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

DEVOLUCIONES

NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

Republica de Colombia
Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia de la Fuente de Lleras
Regional Cauca
CENTRO ZONAL POPAYAN

SEGUNDO DESEMBOLSO

Contrato No.	CONTRATISTA	NIT	CUPOS	VALOR GIRO	NRO. CUENTA	BANCO	TIPO
19001782024	HOGAR INFANTIL DUENDECILLOS	891502253	115	95.891.267	24116104492	CAJA SOCIAL	AHORROS

Adriana Maria Bastidas González
Supervisora
Centro Zonal Popayán

Luz Mery Carvajal L

Luz Mery Carvajal López
Enlace financiero
Centro Zonal Popayán

CUENTA DE COBRO No 2

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR –ICBF

REGIONAL CAUCA

DEBE A:

El Hogar Infantil DUENDECILLOS, con NIT N°: 891.502.253-4, por concepto de pago del segundo desembolso por valor de NOVENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIUN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($ 94.721.267) y pago de tasa compensatorias por valor de UN MILLÓN CIENTO SETENTA MIL PESOS ($ 1.170.000), para un total de NOVENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($95.891.267), para la atención de beneficiarios según el contrato N°: 19001782024.

Consignar a la cuenta de ahorros No 24116104492 banco Caja Social

Dado en Popayán, a los 9 días del mes de abril de 2024.

Firma : Sandra Ordóñez O.

Nombre: SANDRA ESPERANZA ORDOÑEZ ORDOÑEZ.

Cédula: 25.278.974 Pop

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DEL HOGAR INFANTIL DUENDECILLOS

CERTIFICA QUE:

Yo, SANDRA ESPERANZA ORDOÑEZ ORDOÑEZ, identificada con cédula de Ciudadanía No 25.278.974 expedida en la Ciudad de Popayán, en mi condición de Representante legal del HOGAR INFANTIL DUENDECILLOS identificada con Nit 891.502.253-4 debidamente inscrito en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Cauca, Certifico el pago de los aportes realizados por el Hogar Infantil de los últimos seis meses, exigibles a la fecha, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F) y servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2.002 .

Se expide en Popayán el día uno (1) del mes de abril 2024.

Nombre SANDRA ESPERANZA ORDOÑEZ ORDOÑEZ

Firma Sandra Ordóñez O.

Identificación No 25.278.974 Pop

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	891502253
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HOGAR INFANTIL DUENDECILLOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 5A 12 62	TELÉFONO:	8339705
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otras asociaciones
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7920442573**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/03/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		535626323

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	10	$ 2.671.700
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 243.700
		SUBTOTAL:	11	**$ 2.915.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	6	$ 1.409.400
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	6	$ 1.030.800
		SUBTOTAL:	12	**$ 2.440.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
891500182	CCF14	CCF14-COMFACAUCA	12	$ 781.200
		SUBTOTAL:	12	**$ 781.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	12	$ 102.300
		SUBTOTAL:	12	**$ 102.300**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
899999034	PASENA	PASENA-SENA	12	$ 390.600
899999239	PAICBF	PAICBF-ICBF	12	$ 585.700
		SUBTOTAL:		**$ 976.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 7.215.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 7.215.400**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	891502253
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HOGAR INFANTIL DUENDECILLOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 5A 12 62	TELÉFONO:	8339705
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otras asociaciones n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7920442573**	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/03/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				535626323

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	10	$ 2.671.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.671.700	$ 0	$ 2.671.700
230301	230301-PORVENIR	1	$ 243.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 243.700	$ 0	$ 243.700
SUBTOTALES:										**$ 2.915.400**	**$ 0**	**$ 2.915.400**

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.	6		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.409.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.409.400	$ 0	$ 0	$ 1.409.400
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	6		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.030.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.030.800	$ 0	$ 0	$ 1.030.800
SUBTOTALES:													**$ 2.440.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 2.440.200**

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.	12		$ 0	$ 0		$ 0	$ 102.300	$ 102.300	$ 0	$ 0	$ 102.300
SUBTOTALES:									**$ 102.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 102.300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF14	CCF14-COMFACAUCA	12	$ 781.200	$ 0	$ 781.200
SUBTOTALES:			**$ 781.200**	**$ 0**	**$ 781.200**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	12	$ 585.700	$ 0	$ 585.700
PASENA	PASENA - SENA	12	$ 390.600	$ 0	$ 390.600
SUBTOTALES:			**$ 976.300**	**$ 0**	**$ 976.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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
1	CC 1061748420	VILLAMARIN CAMPO LEIDY LORENA	DEPEND		$ 1.523.000	FIJO			NO																	
2	CC 1061750539	ORTEGA ORTIZ ALEXANDRA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			NO																	
3	CC 1061755202	BECERRA PAPAMIJA YISSELA ZULEIMA	DEPEND		$ 1.523.000	FIJO			NO																	
4	CC 1061795305	PONTON BOLAÑOS CARLOS EDUARDO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			NO																	
5	CC 25296779	MUÑOZ GOMEZ DEISY DEL ROSARIO	DEPEND		$ 1.523.000	FIJO			NO																	
6	CC 25483156	NARVAEZ GUZMAN FLOR EDNA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.523.000	$ 243.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.700
2	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
3	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.523.000	$ 243.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.700
4	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
5	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.523.000	$ 243.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.700
6	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.523.000	$ 190.400	$ 0	$ 190.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.523.000	1801101	$ 8.000
2	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	1801101	$ 6.800
3	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.523.000	$ 190.400	$ 0	$ 190.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.523.000	1801101	$ 8.000
4	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	1801101	$ 6.800
5	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.523.000	$ 190.400	$ 0	$ 190.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.523.000	1801101	$ 8.000
6	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	1801101	$ 6.800

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 1.523.000	CCF14-COMFACAUCA	$ 61.000	$ 30.500	$ 45.700	$ 0	$ 0
2	30	$ 1.300.000	CCF14-COMFACAUCA	$ 52.000	$ 26.000	$ 39.000	$ 0	$ 0
3	30	$ 1.523.000	CCF14-COMFACAUCA	$ 61.000	$ 30.500	$ 45.700	$ 0	$ 0
4	30	$ 1.300.000	CCF14-COMFACAUCA	$ 52.000	$ 26.000	$ 39.000	$ 0	$ 0
5	30	$ 1.523.000	CCF14-COMFACAUCA	$ 61.000	$ 30.500	$ 45.700	$ 0	$ 0
6	30	$ 1.300.000	CCF14-COMFACAUCA	$ 52.000	$ 26.000	$ 39.000	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	891502253
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HOGAR INFANTIL DUENDECILLOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 5A 12 62	TELÉFONO:	8339705
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otras asociaciones n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7920442573**	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/03/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	535626323

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP										
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS															CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
7	CC 25706966	GALLEGO PECHENE LIBIA MARITZA	DEPEND		$ 2.350.000	FIJO			NO																25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.350.000	$ 376.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 376.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.350.000	$ 293.800	$ 0	$ 293.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.350.000	1801101	$ 12.300	30	$ 2.350.000	CCF14-COMFACAUCA	$ 94.000	$ 47.000	$ 70.500	$ 0	$ 0
8	CC 30727941	DIAZ DEL CASTILLO ANA YOVANY	DEPEND		$ 3.278.400	FIJO			NO																25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.278.400	$ 524.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 524.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 3.278.400	$ 409.800	$ 0	$ 409.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3.278.400	1801101	$ 17.200	30	$ 3.278.400	CCF14-COMFACAUCA	$ 131.200	$ 65.600	$ 98.400	$ 0	$ 0
9	CC 34323665	GUTIERREZ CAMAYO NAZLY PAOLA	DEPEND		$ 1.523.000	FIJO			NO																230301-PORVENIR	30	$ 1.523.000	$ 243.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.700	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.523.000	$ 190.400	$ 0	$ 190.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.523.000	1801101	$ 8.000	30	$ 1.523.000	CCF14-COMFACAUCA	$ 61.000	$ 30.500	$ 45.700	$ 0	$ 0
10	CC 34527526	GOMEZ MOLINA MARLENY	DEPEND	PENS VEJ ACT	$ 1.300.000	FIJO			NO																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	1801101	$ 6.800	30	$ 1.300.000	CCF14-COMFACAUCA	$ 52.000	$ 26.000	$ 39.000	$ 0	$ 0
11	CC 34554395	MUÑOZ MUÑOZ NANCY	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			NO																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	1801101	$ 6.800	30	$ 1.300.000	CCF14-COMFACAUCA	$ 52.000	$ 26.000	$ 39.000	$ 0	$ 0
12	CC 34562291	GUZMAN GOMEZ LUZ DIVIA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			NO																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	1801101	$ 6.800	30	$ 1.300.000	CCF14-COMFACAUCA	$ 52.000	$ 26.000	$ 39.000	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 7.215.400**

Planilla Pagada

CERTIFICADO DE PAGO A PROVEEDORES, SERVICIOS PÚBLICOS E IMPUESTOS

Yo, SANDRA ESPERANZA ORDOÑEZ ORDOÑEZ, identificada con cédula de Ciudadanía No 25.278.974 expedida en la Ciudad de Popayán, en mi condición de Representante legal del HOGAR INFANTIL DUENDECILLOS identificada con Nit 891.502.253-4 debidamente inscrito en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Regional Cauca, certifico que el pago a Proveedores, servicios públicos y retención en la fuente, se encuentran a paz y salvo hasta el mes de marzo de 2.024.

Se expide en Popayán a los un (1) días del mes de abril de 2.024.

Nombre SANDRA ESPERANZA ORDOÑEZ O.

Firma Sandra Ordoñez O.

Identificación No 25.278.974

MEMORANDO

Radicado No: 202440000000006973

Para: ADRIANA MARIA BASTIDAS
Técnico administrativo código 3124 grado 15

Asunto: CAMBIO DE SUPERVISOR CONTRATOS DE APORTE

Fecha: 6 de marzo de 2024

Cordial saludo,

En atención a la solicitud de la Dra. BELSSY LUCIA SANCHEZ ORTIZ Coordinadora del Centro Zonal Popayán de cambio de supervisor del contrato de aporte a continuación relacionado que se encontraban a cargo de la servidora pública SOCORRO ELISA GUSTIN y quien ejercerá dicha función es la servidora ADRIANA MARIA BASTIDAS. En razón a lo anterior se requiere efectuar cambio en la supervisión del contrato de aporte relacionado por directriz de la directora (e) regional Cauca, ordenadora del Gasto:

No.	E A S	SUPERVISOR DESIGNADO	No. DE CONTRATO
1	HI Duendecillos	Adriana María Bastidas	19001782024

Con el fin de facilitar el ejercicio de dicha actividad, de forma atenta comunico a usted que los documentos relacionados con los contratos en mención se encuentran disponibles para su consulta en el Sistema de Información y Tramite Contractual - SITCO y en la plataforma SECOP II.

Para el cabal ejercicio de la supervisión, se deberán tener en cuenta las herramientas básicas para una eficiente supervisión, que están compuestas entre otras por: el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública y decretos reglamentarios, el Estatuto Anticorrupción, el Manual de Contratación del ICBF y la Guía de Supervisión del ICBF.

Cordialmente,

AMPARO MOSQUERA ANGULO
DIRECTORA (E) REGIONAL CAUCA

	NOMBRE- CARGO	FIRMA	FECHA
Aprobó	Ingrid Villamil – Coordinadora grupo jurídico		6/03/2024
Proyectó	Claudia Elena Fernández Delgado – Profesional Universitario -		6/03/2024
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma			