Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
DIRECCION REGIONAL AMAZONAS
Centro Zonal Leticia (Amazonas)
PUBLICA

BIENESTAR FAMILIAR

MEMORANDO

Radicado No: 20243000100001805 3

Para: **Karina Naranjo Gonzalez**
Coordinadora de Gestión y Soporte (E)

Asunto: INFORME DE ACTIVIDADES MES DE AGOSTO

Fecha: 2024-09-02

Para el trámite correspondiente, gentilmente me permito allegar en un (1) original Informe de actividades con soportes para pago del periodo comprendido entre el 01 de agosto al 30 de agosto del 2024 realizado por la contratista asignada a la dirección de la Regional Amazonas del ICBF.

Nombre	No. de contrato	Periodo a Legalizar
LUISA FERNANDA FERNANDEZ MORALES	**91001322024**	01 DE AGOSTO AL 30 AGOSTO DEL 2024

Detalle de documentos entregados:

MEMORANDO ASUNTO: REMISIÓN DE INFORME DE ACTIVIDADES	Numero de folios
DOCUMENTO DE COBRO	1
INFORME DE ACTIVIDADES	2
PLANILLA PAGO SEGURIDAD SOCIAL	1
PAZ Y SALVO	1
SOPORTE DE CERTIFICACIÓN DE ANTECEDENTES (procuraduría, Contraloría, Judicial, Rnmc, y delitos sexuales)	1
PLANILLA TRAMITE FINANCIERO	1
CORREO INSTITUCIONAL DE AUTORIZACION	1

Cordialmente,

Leticia, 02/09/2024

Documento de cobro No ***2***

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

DEBE A:

LUISA FERNANDA FERNADEZ MORALES
NIT. No. 1094933916-8

La suma de ***tres millones ochocientos sesenta y cuatro mil quinientos veintisiete pesos M/cte. ($3.864.527)****, por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR JURÍDICAMENTE AL DEFENSOR(A) DE FAMILIA EN LOS TRÁMITES PARA LA GARANTÍA Y RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, EN EL MARCO DEL FORTALECIMIENTO Y DESCONGESTIÓN DE LAS DEFENSORÍAS DE FAMILIA., del contrato* ***N° 91001322024*** *del año 2024.*

Consignar a la cuenta número 506278985 del banco BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/08/2024	30/08/2024

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 6910

	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, y he optado por restar costos o gastos asociados al presente contrato.* *Si - Aplica retención por Honorarios/Servicios(11% o 6%, 4%) y soportar costos y gastos – contratos diferentes a Prestación de Servicios Personales* *No - Aplica retención tabla Art. 206 y 383 (renta exenta 25%)*	*NO*
3	*Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, $ 59.376.800,00)*	*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 ($ 148.442.000,00 - 2023) ($ 164.727.500,00 - 2024) con el sector privado o 4.000 UVT ($ 169.648.000,00 - 2023) ($ 188.260.000,00 - 2024) 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 ($ 148.442.000,00 - 2023) ($ 164.727.500,00 - 2024) 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 ($ 188.260.000,00 - 2024) ($ 169.648.000,00 - 2023)	*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,

1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 758938

CONTRATO No. 91001322024 **Del** 04/07/2024 **SEDE O REGIONAL:** Amazonas

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 04/07/2024 HASTA 31/12/2024

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **LUISA FERNANDA FERNANDEZ MORALES**

No. Documento de identificación. **1,094,933,916** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **79750354** Pago ARL. **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo) **2**

Pago No.: **2 / 5** Mes de Pago: **AGOSTO** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

Tipo Informe: **Vigencia actual** Vigencia Futura: **NO** Numero de Pago: **0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	**23,187,162.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**3,864,527.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**7,729,054.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**15,458,108.00**

N°. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 50324 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-10-704040-4602014-02	27	**3,864,527.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*)	**193,200.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**247,300.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*)	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC, SEGURO PENSIÓN U OTROS (*)	**0.00**
APORTE ARL (*).	**8,000.00**

(*) 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
ACTIVIDAD 1. REALIZAR LA PROYECCIÓN DE RESOLUCIONES, AUTOS, DEMANDAS, ACTAS OFICIOS, CONCEPTOS, MEMORANDOS Y CONSTANCIAS QUE SE EMITEN DENTRO DE LOS TRÁMITES PARA LA GARANTÍA Y RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	En el periodo comprendido entre el 01 al 30 de agosto del 2024 se realizaron las siguientes acciones para la Defensoría N°1 y N°4. Se realizó la proyección de los siguientes Autos De Tramite para la Defensoría N°1: ? NNA R.U.Y SIM 23018769 ? NNA R.R.R SIM 6067607866 ? NNA S.G.C.L SIM 6067607611 ? NNA L.A.T.F SIM 6067607733 ? NNA M.J.P.R.R SIM 6067607891 ? NNA S.G.C.L SIM 6067607611 ? NNA S.S.F SIM 6067607876 Se proyectaron de avoca conocimiento para la Defensoría N°1: ? NNA K.E.V.C SIM 6067607754 ? NNA B.P.D.Y SIM 6067607768 ? NNA V.Y.F.R SIM 6067607824 De igual manera se proyectó los autos no PARD solicitados por la Defensora de Familia N°1: ? NNA R.U.Y SIM 23018769 ? NNA S.G.C.L SIM 6067607611 ? NNA R.R.R SIM 6067607866 ? NNA J.P.R.R SIM 6067607891 Respecto a los autos de apertura, la Defensora de Familia: ? NNA L.A.T.F SIM 6067607733 ? NNA S.S.F SIM 6067607876 Para la Defensoría de Familia N° 4, se proyectó el siguiente auto de trámite: ? NNA A.A.C.S SIM 6067608017 En cuanto al Auto de apertura, se proyectó el siguiente: ? NNA E.S.S.H SIM 23019254 Nota: Me permito informar que los autos se encuentran enviados al correo de la Defensora de Familia N°1 conforme a lo ordenado, adicional, se encuentran impresos y adjuntos a cada historia de atención. Las evidencias se encuentran en la siguiente ruta: ACTIVIDAD 1

ACTIVIDAD 6. REALIZAR LA PROYECCIÓN OPORTUNA DE LAS RESPUESTAS A LAS SOLICITUDES, PETICIONES, CONSULTAS Y/O REQUERIMIENTOS QUE REALICEN LOS USUARIOS EN EL MARCO DE LOS TRÁMITES PARA LA GARANTÍA Y RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	En el periodo comprendido entre el 01 al 30 de agosto del 2024 se realizó la siguiente implementación de estrategias requerida por la Defensora N°1. Se dio respuesta a los oficios mediante los siguientes radicados los cuales se encuentran en ORFEO. ? 20243000010000011791 SIM 6067607843 ? 20243000010000011821 SIM 6067607829 ? 20243000010000013081 SIM 23019350 ? 20243000010000013091 SIM 23019349 ? 20243000010000013101 SIM 23019354 ? 20243000010000013111 SIM 23019329 ? 20243000010000013121 SIM 60676008145 Se proyectó los siguientes oficios los cuales deben contar con aprobación por parte de la Defensora de Familia N°1, por lo que únicamente se realiza la proyección y la DF realiza el cargue en ORFEO. ? 6067606829 ? 6067608120 ? 6067608060 Las evidencias se encuentran en la siguiente ruta: ACTIVIDAD 6
ACTIVIDAD 7. APOYAR A LA DEFENSORÍA DE FAMILIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS QUE SE PROPONGAN DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO PARA MOVILIZAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	En el periodo comprendido entre el 01 al 30 de agosto del 2024 se adelantó la estrategia propuesta para el descongestionamiento del Despacho, en la reunión realizada con la Directora y demás participantes, unificando una misma manera de trabajo para favorecer los indicadores.
ACTIVIDAD 8: ASISTIR AL DEFENSOR(A) DE FAMILIA EN LAS DEMÁS ACTUACIONES JURÍDICAS QUE SE REQUIERAN PARA LA GARANTÍA Y RESTABLECIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES.	En el periodo comprendido entre el 01 al 30 de agosto del 2024, Se realizaron las siguientes solicitudes conforme a lo requerido por la Defensora de Familia N°4 en cada caso en particular de los NNA, igualmente se realizó auto de rescate para el caso del NNA E.S.S.H con sim 23019254. Las evidencias se encuentran en la siguiente ruta: ACTIVIDAD 8
ACTIVIDAD 9: ASISTIR A LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y TRABAJO Y DEMÁS ESPACIOS Y REUNIONES QUE SE PROGRAMEN EN EL MARCO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	En el periodo comprendido del 01 al 30 de Agosto, se asistió a reuniones de organización de trabajo, para lo cual, no existe evidencia de asistencia, pues hacen parte del desarrollo del objeto contractual.

ACTIVIDAD 10: REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA SUPERVISIÓN Y QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	Se llevó a cabo y se dio cumplimiento a las actividades contentivas en el contrato celebrado con el ICBF, igualmente, se realizo Asistencia Técnica sobre el Parágrafo 1 articulo 5 ley 2126/2021. De igual manera, deseo aclarar la disposición que se ha tenido en prestar apoyo en la Defensoría N°4 al no contar con Sustanciador, me permito informar que el apoyo brindando carece de evidencias ya que son gestiones realizadas en SIM, Orfeo, total disposición en apoyo.

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 91001322024 DEL 2024.

Firma del Contratista
C.C No.: 1.094.933.916

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 ochocientos sesenta y cuatro mil quinientos veintisiete pesos m/cte.,($ 3,864,527.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
ANA MILENA CASTRO DAVILA	COORDINADORA DEL CENTRO ZONAL LETICIA	CENTRO ZONAL LETICIA	

Revisó: Ana Castro P.

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	1094933916	LUISA FERNANDA FERNANDEZ MORALES		CLL 10 10 77	3147622848	LUFER170608@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			AMAZONAS	LETICIA		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	
2024-07	2024-07	I	08/08/2024	79341892	$636.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	273.700	0		0		0	2	500	0	274.200	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	350.300	0	0	0	0	2	600	0	350.900	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	11.500				11.500	2	100	11.600			115	11.600	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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	273.700	274.200
Pensión	1	350.300	350.900
Riesgos Laborales	1	11.500	11.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	635.500	636.700

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1094933916	LUISA FERNANDA FERNANDEZ MORALES		CLL 10 10 77	3147622848	LUFER170608@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			AMAZONAS	LETICIA		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	
2024-08	2024-08	I	28/08/2024	79750354	$635.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	273.700	0		0		0	0	0	0	273.700	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	350.300	0	0	0	0	0	0		350.300	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	11.500				11.500	0	0	11.500			115	11.500	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

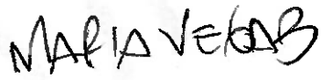
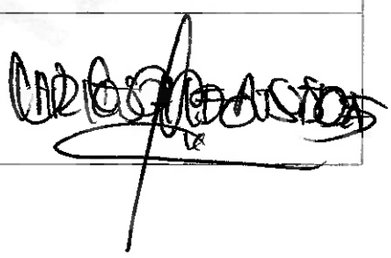
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	273.700	273.700
Pensión	1	350.300	350.300
Riesgos Laborales	1	11.500	11.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	635.500	635.500

PAGADA

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

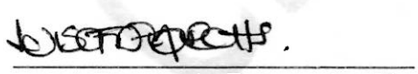
PAZ Y SALVO

Yo, **LUISA FERNANDA FERNANDEZ MORALES identificada** con cedula de ciudadanía **No 1.094.933.916** de Armenia me encuentro a paz y salvo por todo concepto con las siguientes dependencias de acuerdo con la ejecución de mis obligaciones contractuales según el contrato nro. **91001322024** enmarcado en el periodo del 01 de agosto a 30 de agosto del 2024.

DEPENDENCIA	NOMBRE RESPONSABLE DEL AREA	FIRMA DEL RESPONSABLE DEL AREA.
DEFENSORIA DE FAMILIA N°1	MARIA DEL CARMEN VEGA BASTIDAS	
DEFENSORIA DE FAMILIA N°4	CARLOS ALFONSO VEGA BASTIDAS	

Se expide en la ciudad de Leticia Amazonas a los dos días (2) del mes de Septiembre del 2024.

Firma



Luisa Fernanda Fernandez Morales
CC. 1.094.933.916 de Armenia

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL CENTRO ZONAL LETICIA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL AMAZONAS

CERTIFICA:

Que se verificaron los siguientes certificados pertenecientes a: identificaciones con cédula de ciudadanía y no se encontró ningún tipo de inhabilidad:

NOMBRE	No C.C.
MARIA DEL PILAR JIMENEZ SIERRA	52343539
MARIA JOSE CRUZ DIAZ	1003496370
CORE EDISON PELAYO PINEDO	1122266844
MARLENY PATRICIA SILVANO CHUÑA	1121198019
LAURA VANESSA ACUÑA BERDUGO	1143459935
THIANA DISSAN MENDOZA ROJAS	1018501484
LETICIA ANDREA MEDINA RODRIGUEZ	41057195
LAURA ANDREA ALVAREZ GIRALDO	1040757984
LEYDY ASTRID HERNANDEZ SANCHEZ	36347871
JENNIFER CRISTINA LOPEZ GIL	1010171846
LUISA FERNANDA FERNANDEZ MORALES	1094933916
GEIDI PIERINA GONZALES PACAYA	1121208779
SHAINY YELIANNE MORAN MORENO	1140897571
CRISTIAN RUBIO CRUZ	1020825567
CECILIA DEL PILAR SILVA ROSAS	52382830
DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO	1118121010
LUZ YANIDSSA FANDIÑO DE AGUAS	1047034022
VICTOR ANDRES LEON CASTIBLANCO	80731545
YESENIA NATALY ROJAS TANGOA	1020779207
BELKIS GEOMARA CONDA VERGEL	1115726604
FRANCI ALEXANDER MOSOMBITE MALAFALLA	1121219671
LUZ ASTRID RUIZ ARCINIEGAS	63464009
KATHERINE ALEXANDRA HERNANDEZ CALLEJAS	1031136635
NATHALIA ANDREA DIAZ VEGA	1005220798
ROMMY BRITNEY MENDEZ SILVA	1116503666
JOHN DENY SANCHEZ BURBANO	1113679160
JACKELINE RODRIGUEZ RENTERIA	1121214444
YULINES HURTADO SALINAS	32937402
INGRID JOHANA SANDOVAL CASTRO	1096221922
JENNY LUCIA RIASCOS RAMIREZ	67029858
LEONARDO FABIO PALLARES GUILLEN	1116795898
GRISEL AMANICZA DUQUE ORDOÑEZ	1007769273
NICOLE ALEJANDRA SANCHEZ BARRERA	1000286566
JOSE JULIO PEREZ TOVAR	1085939932
IVON PAULA LUNA CASTRO	1000457569
LISETH VANESSA FERNANDEZ ALMANZA	22805627

Eliminar Archivar Informar Responder Responder a todos Reenviar

VALIDACION AUTORIZACION DE PAGO

Ana Milei Responder Responder a todos Reenviar

Para: Karina Naranjo Gonzalez; Liliana Carolina Carvajal Arcinie Mar 03/09/2024 14:26

CC: Nathalia Andrea Diaz Vega; Luisa Fernanda Fernandez Mor

Cordial saludo estimados,

De manera atenta y respetuosa adjunto relación del contratista al cual se ha avalado el informe de actividades con corte mes de AGOSTO del 2024. Lo anterior informando que se aprueba para el debido pago según lo establecido en la resolución 05360 del 2023.

Nro. CONTRATO	NOMBRES	PERIODO POR PAGAR	VALOR POR PAGAR
91001582024	NATHALIA ANDREA DIAZ VEGA	AGOSTO	$ 3.864.527
91001322024	LUISA FERNANDA FERNANDEZ MORALES	AGOSTO	$ 3.864.527
91001052024	LAURA VANESSA ACUÑA BERDUGO	AGOSTO	$ 4.319.610
91001042024	MARLENY PATRICIA SILVANO CHUÑA	AGOSTO	$ 4.319.610

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

Ana Milena Castro Dávila
Coordinadora
Centro Zonal Leticia
ICBF Sede Regional Amazonas
Cra. 11 No. 5-92, Barrio Florida, Leticia, Amazonas
Teléfono: 601 4377630 Ext. 893039
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

BIENESTAR FAMILIAR

GESTION FINANCIERA

DATOS REQUERIDOS PARA EL TRAMITE FINANCIERO DE LOS PAGOS A CONTRATISTAS SERVICIOS PERSONALES - HONORARIOS

REGIONAL: Amazonas

DEPENDENCIA: CZ LETICIA

PLANILLA No. 284405

FECHA: 9/3/2024 1:24:29 PM

Item	Nro. Cuenta	Tipo Informe	Nùmero de Documento Fuente	Documento Identificaciòn	Nombre del Contratista	RP en SIIF Naciòn	Identificador Presupuestal SIIF Naciòn	Recurso	Nùmero de Pago	Valor a Pagar	Nùmero de validado de PAC	Fecha de Validado PAC
3	759316	Vigencia Actual	91001042024	1121198019	MARLENY PATRICIA SILVANO CHUÑA	47524	C-4602-1500-9-704080-4602020-02	27	2	$4,319,610.00		
4	752515	Vigencia Actual	91001052024	1143459935	LAURA VANESSA ACUÑA BERDUGO	47624	C-4602-1500-9-704080-4602020-02	27	2	$4,319,610.00		
2	758938	Vigencia Actual	91001322024	1094933916	LUISA FERNANDA FERNANDEZ MORALES	50324	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	27	2	$3,864,527.00		
1	759360	Vigencia Actual	91001582024	1005220798	NATHALIA ANDREA DIAZ VEGA	53924	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	27	2	$3,864,527.00		

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCARGADO DEL AREA

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE PAC

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO AREA FINANCIERA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí | No

Id de pago	% de facturación prevista	Número de factura	Fecha prevista de emisión	Fecha de emisión	Fecha de recepción
Pago 001	17	001	-	13 días de tiempo transcurrido *(21/08/2024 9:44:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-
Pago 002	17	002	-	1 minuto de tiempo transcurrido *(3/09/2024 3:14:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-
Pago 003	17	-	-	-	-
Pago 004	17	-	-	-	-
Pago 005	17	-	-	-	-
Pago 006	15	-	-	-	-

Documentos de ejecución del contrato

blank

Descripción	Nombre del archivo
20240704_194313.pdf	20240704_194313.pdf
Afiliacion Luisa Fernanda Morales.pdf	Afiliacion Luisa Fernanda Morales.pdf
Aprobacion de garantía del proveedor.pdf	Aprobacion de garantía del proveedor.pdf
CO1_PCCNTR_6500435_En ejecución.pdf	CO1_PCCNTR_6500435_En ejecución.pdf
RP 47124-54124_33-69.pdf	RP 47124-54124_33-69.pdf
Supervision.pdf	Supervision.pdf
Julio - Luisa Fernanda Fernandez Morales.pdf	Julio - Luisa Fernanda Fernandez Morales.pdf

Cancelar