1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 754238

CONTRATO No. 76011672024 Del 25/07/2024 **SEDE O REGIONAL**: Valle Del Cauca

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 25/07/2024 HASTA: 31/12/2024

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **MAIRA ALEJANDRA ESCOBAR GOMEZ**

No. Documento de identificación: **1,130,668,302** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **9471377681** Pago ARL: **NO** 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** Número de Pago: **0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	**20,288,767.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**3,864,527.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**4,830,659.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**15,458,108.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 284524 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-10-704040-4602014-02	21	**3,864,527.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**162,500.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**208,000.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC, SEGURO PENSIÓN U OTROS (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**6,700.00**

(*) 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
8/25/2024 9:48:58 AM

Fecha Impresión:
8/25/2024 10:11:51 AM

Corrección: 0 **F1.P17.GF**

Obligación Contractual	Producto
1. APOYAR DESDE LA ESPECIFICIDAD DEL MARCO DE SU COMPETENCIA PROFESIONAL AL EQUIPO TÉCNICO INTERDISCIPLINARIO DE LA DEFENSORÍA DE FAMILIA EN LA PREPARACIÓN, DESARROLLO Y FORMULACIÓN DE CONCEPTOS SOBRE EL ESTADO DE GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE SEAN REQUERIDAS POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA CUANDO PRESUNTAMENTE SE ENCUENTRAN VULNERADOS O AMENAZADOS, ASÍ COMO EN LAS DEMÁS ACTUACIONES NECESARIAS EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL PROCESO DE ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS O DEL TIPO DE TRÁMITE DE CONOCIMIENTO POR PARTE DE LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA.	Realice proceso de PADR 1 de las siguientes peticiones: 1764212068 1764215824 1764221228 31930162 1764222475 1764224719 1764178650 1764215534 1764219546 31608467 32354783 1764224602 317171295 1764209870 1764215712 317121192 1764217763 31930417 31847456 31930541 31930538 31930536 1764227111 1764242674 1764237991 1764238395

2. REALIZAR DE MANERA OPORTUNA LAS VALORACIONES PSICOLÓGICAS SOLICITADAS POR LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS COMPETENTES, EMITIENDO OPORTUNAMENTE LOS CONCEPTOS PERICIALES QUE SEAN REQUERIDOS EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LOS PROCESOS O DEL TIPO DE TRÁMITE ORDENADO PARA LA GARANTÍA Y RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.	? Realice valoraciones psicológicas solicitadas por las defensorías de familia, para las siguientes peticiones: 1764212068 1764215824 1764221228 31930162 1764222475 1764224719 1764178650 1764215534 1764219546 31608467 32354783 1764224602 317171295 1764209870 1764215712 317121192 1764217763 31930417 31847456 31930541 31930538 31930536 1764227111 1764242674 1764237991 1764238395
3. APOYAR EL CUMPLIMIENTO, DESARROLLO Y REPORTE PARA RESPONDER A LAS SOLICITUDES JUDICIALES, CUANDO EN EL MARCO DE SUS COMPETENCIAS PROFESIONALES E INSTITUCIONALES, LE SEA REQUERIDO.	? Apoye en la citación de casos nuevos que se reciben por los diferentes canales (telefónicos, vía correo y chat), para la activación de atención en el proceso administrativo de restablecimiento de derechos del menor.
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, DE ACUERDO CON LA LEY Y LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES PARA LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN.	? Se organizaron reuniones semanales con los equipos interdisciplinarios de las instituciones de protección para discutir el estado y progreso de los casos de niños, niñas y adolescentes y el seguimiento de los mismos. ? Se analizaron los expedientes y reportes de los niños, niñas y adolescentes proporcionados por las instituciones de protección. ? Se organizaron de que toda la documentación requerida esté completa y actualizada según los lineamientos técnicos vigentes. ? Desarrollamos espacios en conjunto con psicólogos, trabajadores sociales, nutricionista, y otros profesionales pertinentes para entender mejor las necesidades y progreso de los niños, niñas y adolescentes.

5. APOYAR 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 DECRETADAS POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA, DESDE EL ÁREA PROFESIONAL DE SU COMPETENCIA, ADELANTANDO, ENTRE OTRAS, LA PROGRAMACIÓN, REALIZACIÓN Y REPORTE DE VISITAS PRESENCIALES MENSUALES A LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VINCULADOS A MODALIDADES DE ATENCIÓN EN MEDIO DIFERENTE A LA FAMILIA, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL PARÁGRAFO TERCERO DEL ARTÍCULO 53 DE LA LEY 1098, ADICIONADO POR EL ARTÍCULO 46 DE LA LEY 2126 DE 2021.	? Se realizaron una jornada de entrega de citaciones presenciales con la información y direcciones suministradas, teniendo en cuenta que algunos casos llegan con información incompleta y se deben llevar las citaciones directamente a la dirección suministrada. ? Realicé citaciones de manera telefónica.
6. PARTICIPAR EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y TRABAJO QUE SE PROGRAMEN EN EL CENTRO ZONAL, ASUMIENDO LOS COMPROMISOS ESPECÍFICOS QUE SE ESTABLEZCAN EN ESTOS ESPACIOS, DESDE EL ÁREA PROFESIONAL DE SU COMPETENCIA.	? Esta actividad no se realizó en este periodo
7. GENERAR RECOMENDACIONES FRENTE A LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LOS ESPACIOS TÉCNICOS ZONALES Y REGIONALES QUE SEAN CONVOCADOS.	? Establecí como herramienta importante, hacer escribir por escrito compromisos por medio de los cuidadores o padres en casos atendidos que lo requirieran y dichos compromisos escritos los subí al aplicativo SIM como actuaciones de verificación.
8. SUMINISTRAR INSUMOS O RESPUESTA 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 Y ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONTRATO.	? Recolectar toda la información relevante sobre cada caso de restablecimiento de derechos, para su respectivo tramite y gestión. ? Se organiza expedientes completos y actualizados de cada menor en proceso, asegurando que toda la documentación relevante esté disponible para su revisión. ? Responder de manera puntual y detallada a los requerimientos de información realizados por los órganos de control, proporcionando informes completos, buscando reflejar la situación actual de cada menor.

9. ARCHIVAR DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL, EN LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, LAS VALORACIONES, INFORMES, CONCEPTOS, ACTAS Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE SE HAYAN PRODUCIDO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y EN COHERENCIA CON LA RUTA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE TRÁMITE PARA LA GARANTÍA Y RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.	? Se archivó de manera adecuada la documentación adquirida mediante la atención de cada petición.
10. REALIZAR EL REGISTRO OPORTUNO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL DEL ICBF-SIM, DE LAS ACTUACIONES QUE SE REALICEN EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y DEMÁS TRÁMITES QUE SE ADELANTE EN LA DEFENSORÍA DE FAMILIA Y QUE SE ENCUENTRAN ARCHIVADOS EN LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN.	? Realice las actuaciones de verificación para cada uno de los casos atendidos que requerían de ello.
11. DAR APLICACIÓN A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ADOPTADOS EN SIGE EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	En esta obligación para este periodo no se realizaron actividades.
12. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA SUPERVISIÓN Y QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	? Ayudar en una jornada de archivo de la zonal, contribuyendo a los procesos de dicha área,

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 76011672024 DEL 2024.

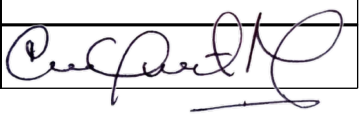
Firma del Contratista: 

C.C No.: 1,130,668,302

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 Cero pesos m/cte.,($ 3,864,527.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
DAFNE CASANDRA QUINTANA ROSALES	COORDINADORA	CENTRO ZONAL JAMUNDI	

Revisó:_____

Jamundí, Valle del Cauca, 25/08/2024

Documento de Cobro No. 2

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

DEBE A:
MAIRA ALEJANDRA ESCOBAR GOMEZ
NIT. No. 1130668302-1

La suma de ***TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE ($3.864.527).****, por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA A LA DEFENSORIA DE FAMILIA DEL CZ JAMUNDI DE LA REGIONAL VALLE DEL CAUCA, PARA APOYAR LOS TRÁMITES DENTRO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS PARA LA GARANTÍA Y EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN EL MARCO DEL FORTALECIMIENTO Y DESCONGESTIÓN DE LAS DEFENSORÍAS DE FAMILIA, del contrato* ***N° 76011672024*** *del año 2024.*

Consignar a la cuenta número 24121140243 del banco Caja Social tipo de cuenta AHORRO.

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
1/08/2024	*31/08/2024*

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA	***8299***

CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE:		***SI/NO***
1	*Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 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%,10% 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, ($59.377.000-2023)*	*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 ($164.728.000-2024) ($148.442.000-2023) con el sector privado o 4.000 UVT ($188.260.000-2024) ($169.648.000-2023) 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 ($164.728.000-2024) ($148.442.000-2023) 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 superior a 4.000 UVT ($188.260.000-2024) ($169.648.000-2023).*	*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****)* **** 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* *NO*

Cordialmente,



MAIRA ALEJANDRA ESCOBAR GOMEZ
C.C.: 1130668302
Dirección: Carrera 41a No 11 - 79, Cali, Barrio departamental
Celular: 3202709114
Correo Electrónico: psicologamairaalejandra2@gmail.com
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1130668302		ESCOBAR GOMEZ MAIRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 41 a 11-79	CALI-VALLE	3447224	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	849736185	9471377681	I	2024/09/03	2024/08/16	NEQUI	0	$515,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,775,200	$284,100			$1,775,200	$221,900			$0	$0			$1,775,200	$9,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,775,200	$284,100			$1,775,200	$221,900			$0	$0			$1,775,200	$9,300		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)					$1,775,200	$284,100			$1,775,200	$221,900			$0	$0			$1,775,200	$9,300		$0	$0
1	CC 1130668302	ESCOBAR MAIRA	230301	30	$1,775,200	$284,100	EPS010	30	$1,775,200	$221,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,775,200	$9,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,775,200	$284,100			$1,775,200	$221,900			$0	$0			$1,775,200	$9,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1130668302		ESCOBAR GOMEZ MAIRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 41 a 11-79	CALI-VALLE	3447224	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	849736185	9471377681	I	2024/09/03	2024/08/16	NEQUI	0	$515,300

RESUMEN DE PAGO

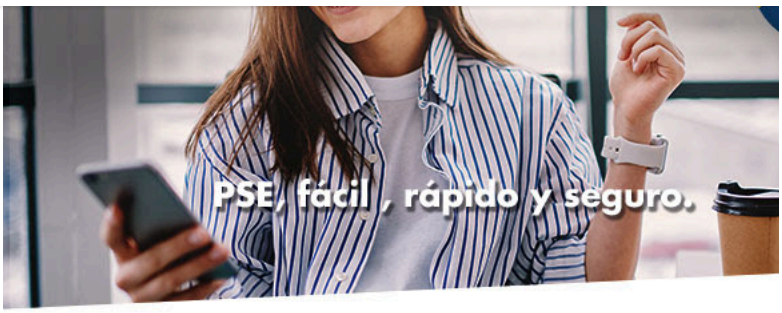
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$284,100	$0	$0	$284,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$284,100	$0	$0	$284,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,300	$0	$0	$9,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,300	$0	$0	$9,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$221,900	$0	$0	$221,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$221,900	$0	$0	$221,900
TOTAL				1	$515,300	$0	$0	$515,300

Redactar

Recibidos
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 1
Más

Etiquetas

aportes en línea



¡Hola, Maira Alejandra Escobar !

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 849736185
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9471377681
Valor de la Transacción: $ 515.300
Fecha de Transacción: 16/08/2024

BIENESTAR FAMILIAR

GESTION FINANCIERA

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

REGIONAL: Valle Del Cauca

DEPENDENCIA: CZ Jamundi

PLANILLA No. 284864

FECHA: 9/5/2024 11:25:13 AM

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
4	754656	Vigencia Actual	760092520244	94538443	LUIS GABRIEL GALVIS TELLO	255824	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	27	2	$2,103,814.00		
5	752607	Vigencia Actual	760115320244	1059444593	YENER ANTONIO MINA RENTERIA	275624	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	27	2	$3,866,470.00		
1	756522	Vigencia Actual	760115420244	1151969853	MARIA VALENTINA PINO DAZA	275424	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	21	2	$3,864,527.00		
2	754238	Vigencia Actual	760116720244	1130668302	MAIRA ALEJANDRA ESCOBAR GOMEZ	284524	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	21	2	$3,864,527.00		
3	752680	Vigencia Actual	760116920244	1061748049	ERIKA NATALIA JIMENEZ GARCIA	280724	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	21	2	$3,864,527.00		

Ana Cristina Gómez

Ana Cristina Gómez Hernández

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCARGADO DEL AREA

Juan Carlos Roldan

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE PAC

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO AREA FINANCIERA