1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 788123

CONTRATO No. 11021142024 Del 06/09/2024 **SEDE O REGIONAL**: Bogotá

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 10/09/2024 HASTA: 31/12/2024

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **MARIA FERNANDA RUBIO BARON**

No. Documento de identificación: **52,421,289** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **82023181** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **3 / 3** Mes de Pago: **NOVIEMBRE** Declarante de Renta: **SI** 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	**15,913,191.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**4,546,626.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**12,275,890.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**3,637,301.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 438924 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-9-704080-4602022-02	27	**4,546,626.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**227,331.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**290,984.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC, SEGURO PENSIÓN U OTROS (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**18,987.00**

(*) 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. IDENTIFICAR, BUSCAR Y VINCULAR A LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO PRIORIZADO A TRAVÉS DE VISITAS DOMICILIARIAS Y/O SESIONES COMUNITARIAS.	Durante el período del 01 de octubre al 30 de noviembre se realizaron las llamadas telefónicas y visitas domiciliarias de vinculación conforme a la base de datos entregada por parte de la Sede Nacional - Centro Zonal - Líder Territorial de la Localidad de Bosa. Se vincularon 13 familias en las cuales se diligenció el formato de acuerdo de vinculación, ficha de caracterización, formato de vulnerabilidad y generatividad. En este orden de ideas, se realizó la postulación de 8 familias en coordinación interinstitucional con la Pastora Social de Migrantes quienes fueron aceptadas y se encuentran en el acompañamiento psicosocial de SFSC, esperando la aprobación de otras 8 familias postuladas en la última semana de octubre.
2. ELABORAR DE MANERA CONJUNTA CON EL EQUIPO DE UNIDAD DE TEJIDO FAMILIAR Y COMUNITARIO EL PLAN DE TRABAJO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO DE LAS FAMILIAS VINCULADAS A LA MODALIDAD.	Durante el período del 01 de noviembre al 30 de noviembre se realizaron las visitas domiciliarias de vinculación en las cuales se identificaron las diferentes necesidades individuales y familiares para proyectar el plan de atención familiar construido con la UTFC, la elaboración del cuaderno viajero y los encuentros comunitarios. Por otro lado, se realizó la articulación con el profesional comunitario con el fin de unir esfuerzos que promuevan la gestión solidaria, la articulación interinstitucional materializada en los encuentros comunitarios, círculos de generatividad y gestiones solidarias.
3. DILIGENCIAR CON CADA UNA DE LAS FAMILIAS PARTICIPANTES LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO, ASÍ COMO EL PLAN FAMILIAR DE ACUERDO CON EL MANUAL OPERATIVO Y SUS ANEXOS.	Durante el período del 01 de noviembre al 30 de noviembre se realizaron las visitas domiciliarias de vinculación, visita 1, 2 y 3 en las 33 familias en las cuales se identificaron las diferentes necesidades individuales y familiares para proyectar el plan de atención familiar construido con la familia plasmado en el formato de seguimiento y en el aplicativo de las familias SFSC.

4. REALIZAR ACCIONES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LAS FAMILIAS PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD SOMOS FAMILIA, SOMOS COMUNIDAD EN EL MARCO DE LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS MANUAL OPERATIVO, SUS ANEXOS CON ESPECIAL ÉNFASIS EN EL MODELO DE ENFOQUE DE DERECHOS DEL ICBF. BRINDAR DE MANERA CONJUNTA CON EL EQUIPO DE UNIDAD DE TEJIDO FAMILIAR Y COMUNITARIO, DIRECCIONAMIENTO Y/O ACOMPAÑAMIENTO A LAS FAMILIAS ASIGNADAS PARA INICIAR RUTAS DE ATENCIÓN Y ACTIVAR LA RUTA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN CASO DE CONOCER QUE UN NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE PARTICIPANTE, SE ENCUENTRA EN PRESUNTO RIESGO O VULNERACIÓN DE DERECHOS Y HACERLES SEGUIMIENTO A LOS CASOS.	Durante el período del 01 de noviembre al 30 de noviembre se realizó la elaboración de encuentros comunitarios, círculos de generatividad, gestiones solidarias y la revisión de material bibliográfico de vigencias pasadas para enriquecer las miradas e intervención en el territorio Localidad de Bosa.
5. PARTICIPAR DE MANERA CONJUNTA EN EL DESARROLLO DE LAS DEMÁS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DEFINIDAS PARA EL EQUIPO DE UNIDAD DE TEJIDO FAMILIAR Y COMUNITARIO DEL QUE HACE PARTE.	Durante el período del 01 de noviembre al 30 de noviembre se participó en las reuniones convocadas por la Supervisión del programa, el enlace territorial y la líder territorial de la Regional Bogotá: Noviembre 22: Capacitación de Dirección territorial sobre discapacidad
6. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE ASISTENCIA TÉCNICA Y EN DEMÁS REUNIONES CONVOCADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.	Durante el período del 01 de noviembre al 30 de noviembre se participó propositivamente en las actividades de capacitación del equipo comunitario y psicosocial de la Localidad de Bosa, Regional Bogotá: Noviembre 14: Reunión Equipo Psicosocial ? Equipo Comunitario Noviembre 15: Reunión con gestor de la información Noviembre 19: Reunión Equipo Psicosocial ? Equipo Comunitario Noviembre 25: Reunión Profesional Comunitaria- Profesional Psicosocial Noviembre 26: Reunión de articulación UTFC 4 Bosa
7. GUARDAR ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD RESPECTO DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y AQUELLA DE TERCEROS A LA QUE TENGA ACCESO EN EL MARCO DE LA GESTIÓN CONTRATADA. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN ES CALIFICADO POR LAS PARTES QUE FIRMAN ESTE CONTRATO COMO GRAVE Y DARÁ LUGAR A LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD DEL CONTRATO DE ACUERDO CON EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN LA LEY.	Durante el período del 01 de noviembre al 30 de noviembre se mantuvo confidencialidad con la información de las bases de datos suministrada por la Sede Nacional - Regional Bogotá siendo empleada para la identificación y vinculación de las familias en la Localidad de Bosa.

8. CONTAR CON LOS ELEMENTOS Y HERRAMIENTAS PROPIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS TALES COMO EQUIPO DE CÓMPUTO, EQUIPO TELEFÓNICO, PLANES DE DATOS Y COMUNICACIÓN, ENTRE OTROS, SIN PERJUICIO DE QUE EL ICBF PUEDA ASIGNARLOS EN CASO DE CONSIDERARLO NECESARIO O RELEVANTE PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN DEL PROCESO. DURANTE EL PERÍODO DEL 10 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE SE CUENTA CON EQUIPO DE COMPUTO, EQUIPO TELEFÓNICO Y PLANES DE DATOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN EL TERRITORIO.	Durante el período del 01 de noviembre al 30 de noviembre Se cuenta con equipo de cómputo, equipo telefónico y plan de datos para el desarrollo de actividades en el territorio.
9. LAS DEMÁS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD SOMOS FAMILIA, SOMOS COMUNIDAD Y SUS ANEXOS.	Durante el período del 01 de noviembre al 30 de noviembre no se realizaron actividades adicionales.

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 11021142024 DEL 2024.



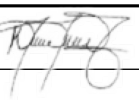
Firma del Contratista:_____

C.C No.: 52,421,289

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 cuatro millones quinientos cuarenta y seis mil seiscientos veintiseis pesos m/cte.,($ 4,546,626.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
KAREN MAINORY MARTÍNEZ ROA	COORDINADORA CICLOS DE VIDA	DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTÁ	

Revisó: Carolina Pabón

Bogota Distrito Capital, 26/11/2024

*Documento de cobro No **3***

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

DEBE A:

MARIA FERNANDA RUBIO BARON
NIT. No. 52421289-7

*La suma de **cuatro millones quinientos cuarenta y seis mil seiscientos veintiseis pesos M/cte**. **($4.546.626**), por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA OPERACIÓN DE LA MODALIDAD ?SOMOS FAMILIA, SOMOS COMUNIDAD? CONFORME A LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS Y ENFOQUE DETERMINADO POR EL ICBF. DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTÁ.*
*, del contrato **N° 11021142024** del año 2024.*

Consignar a la cuenta número 008870349720 del banco BANCO DAVIVIENDA S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/11/2024	30/11/2024

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 7490

	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)*	*SI*
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,



MARIA FERNANDA RUBIO BARON
C.C.: ***52421289***
Dirección: ***KR 86 D 6 D 27 INT 2 APTO 506***
Celular: ***3167419038***
Correo Electrónico: ***mrubio875@gmail.com***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

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	52421289	MARIA FERNANDA RUBIO BARON	Karrera 88 D No. 6 D-27 Int. 2 Apto 506	3167419038	mrubio875@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	25/11/2024	82023181	$543.700	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	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	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	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	19.300				19.300	0	0	19.300			193	19.300	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	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	19.300	19.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	543.700	543.700

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
CC	52421289	MARIA FERNANDA RUBIO BARON		Karrera 88 D No. 6 D-27 Int. 2 Apto 506	3167419038	mrubio875@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

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	
2024-11	2024-11	I	25/11/2024	82023181	$543.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52421289	RUBIO BARON MARIA FERNANDA	59	0			N																	25-14	1.840.000	294.400	0	0	0	0	EPS002	1.840.000	230.000	14-23	1.840.000	2	19.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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