Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Dirección Regional Amazonas
Centro Zonal
PUBLICA

BIENESTAR FAMILIAR

MEMORANDO

Radicado No: 20243000100002525 3

Para: RAUL FERNANDO ARCHURY ROMERO
Coordinador de Gestión y Soporte

Asunto: INFORME DE ACTIVIDADES MES DE OCTUBRE

Fecha: 2024-11-06

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 octubre al 31 de octubre 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 OCTUBRE AL 31 OCTUBRE 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 DE SEGURIDAD SOCIAL	1
CORREO INSTITUCIONAL DE AUTORIZACION	1
SOPORTE DE CERTIFICACIÓN DE ANTECEDENTES (procuraduría, Contraloría, Judicial, Rnmc, y delitos sexuales)	1
PLANILLA TRAMITE FINANCIERO	1

Cordialmente,

KAREN CARVALHO DOMINGUEZ
Coordinadora del Centro Zonal Leticia
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Anexo: 7 Folios

	NOMBRE CARGO	FIRMA	FECHA
Aprobó	Karen Carvalho Domínguez/ Coordinadora del Centro Zonal Leticia		6/11/2024
Revisó	Cristian Rubio Cruz/Apoyo a la supervisión		6/11/2024
Proyectó	Luisa Fernanda Fernandez Morales/Contratista		6/11/2024
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustados a las normas y disposiciones legales vigentes, y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.			

Leticia, 01/11/2024

Documento de cobro No ***4***

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
01/10/2024	31/10/2024

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)*	*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)***	*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,

LUISA FERNANDA FERNADEZ MORALES
C.C.: ***1094933916***
Dirección: ***KR 11 0 6 96***
Celular: ***3214856064***
Correo Electrónico: ***lufer170608@gmail.com***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 768715

CONTRATO No 91001332024 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: **80729840** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **4 / 5** Mes de Pago: **OCTUBRE** Declarante de Renta: **SI** Pensionado: **NO** Cesión **NO** Numero 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	15,458,108.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	7,729,054.00

Nº. 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(*):	193,226.00
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	247,330.00
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	0.00
APORTE VOLUNTARIO AFC, SEGURO PENSION U OTROS (*):	0.00
APORTE ARL (*):	15,130.00

(*) 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 31 de octubre 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 L.C.T.P SIM 60697607359 ? NNA C.P.D.M SIM 6067607885 ? NNA A.C.J.D SIM 6067608245 ? NNA E.M.S SIM 6067608076 ? NNA S.V.X.S SIM 6067607930 ? NNA A.M.V SIM 23019285 ? NNA G.J.M.V SIM 6067608151 ? NNA C.M.C.D SIM 6067607468 ? NNA B.R.D.A.C SIM 6067607525 ? NNA K.P.Z SIM 1763972068 ? NNA M.A.G SIM 6067607677 De igual manera se proyectó los autos de apertura solicitados por la Defensora de Familia N°1. ? NNA L.C T.P SIM 60697607359 ? NNA S.V.X.S SIM 6067607930 ? NNA F.V.M.V SIM 6067608150 ? NNA G.J.M.V SIM 6067608181 ? NNA F.P.F SIM 6067608211 ? NNA C.M.C.D SIM 6067607468 ? NNA S.V.T.M SIM 6067607633 ? NNA B.R.D.A.C SIM 6067607525 ? NNA M.A.F.G SIM 6067607676 ? NNA N.N.F.F SIM 6067607675 ? NNA B.Y.R.R SIM 2301897 ? NNA M.A.M.T SIM 6067607554 ? NNA V.S.C.P SIM 1764001330 En atención a la decisión que tomó la Autoridad Administrativa, se proyectó los siguientes Auto NO PARD. ? NNA K.P.Z SIM 1763972068 ? NNA M.A.G SIM 6067607677 ? NNA K.P.Z SIM 1763972068 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 2. REALIZAR LA SUSTANCIACIÓN DE ACTOS ADMINISTRATIVOS QUE SE EMITEN EN EL MARCO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.	En el periodo comprendido entre el 01 al 30 de Octubre de 2024, se apoyó a la Defensora N°1 en la proyección de documentos relacionados a las audiencias de pruebas y fallo, los cuales son: Citación a progenitores: ? 6067607554 ? 1764001330 Autos que fija fecha y hora ? 23018897 ? 23018664 ? 6067607554 ? 1764001330 Notificación por estado ? 23018897 ? 6067607554 ? 1764001330 Auto Que Revoca Pruebas ? 6067607359 ? 23018814 ? 6067607294 ? 6067607468 ? 6067607525 ? 6067607676 ? 6067607675 ? 6067607554 ? 1764001330 Nota: los siguientes documentos pese de haberse remitido al correo de la Defensora de Familia N°1, se encuentran impresos y hacen parte de la historia de atención de cada NNA. Lo cual se podrá verificar en la siguiente ruta: ACTIVIDAD 2

ACTIVIDAD 3. REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS TÉRMINOS PROCESALES ESTABLECIDOS EN LA LEY 1098 DE 2006 Y AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN O SUSTITUYAN, PARA EVITAR PÉRDIDAS DE COMPETENCIAS DENTRO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTOS DE DERECHOS	En el periodo comprendido entre el 01 al 30 de octubre del 2024 se realizó la siguiente actividad: Se consultó el semáforo PARD y Altas permanencias de manera presencial con la Defensora de familia de fecha 28 de octubre de 2024 para la Defensoría de Familia N°1, como estrategia para tener presentes las peticiones que requieren de prorroga o la decisión a tomar por parte de la Autoridad Administrativa. ACTIVIDAD 3
ACTIVIDAD 4. ADELANTAR EL MONITOREO Y TRAMITE DE LAS SOLICITUDES DE ATENCIÓN EXTRAPROCESAL, ASÍ COMO REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL SIM Y SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA CONCILIACIÓN EL ARBITRAJE Y LA AMIGABLE COMPOSICIÓN SICAAC	En el periodo comprendido entre el 01 al 30 de Octubre, se asistió a las audiencias de Tramite de Atención Extraprocesal a la Defensoría N°1, prestándole apoyo asistencial a la Defensora en lo que requiriera verificando que los citados cumplieran con la presentación de los documentos requeridos, que llegaran las partes o simplemente informar a la defensora para realizar el acta de no comparecencia, toda vez que son actividades que se encarga la Defensora de su realización por su voluntad, de los siguientes SIM: ? 6067608277 ? 6067608878
ACTIVIDAD 5. ACOMPANAR Y APOYAR AL DEFENSOR(A) DE FAMILIA EN LAS AUDIENCIAS O ESTUDIOS DE CASO QUE SE REALCEN DENTRO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.	En atención a esto se asistió a las audiencias y se proyectó las siguientes Resoluciones de las siguientes historias de atención. NNA K.A.C.P SIM 6067607294 NNA C.M.C.D SIM 6067607468 NNA S.V.T.M SIM 6067607633 NNA M.A.F.G SIM 6067607676 NNA N.N.F.F SIM 6067607675 NNA B.Y.R.R SIM 23018897 NNA K.A.M.V SIM 6067607245 NNA S.C.M SIM 23018664 NNA H.S.C.M SIM 23018664 Las evidencias se encuentran en la siguiente ruta: ACTIVIDAD 5

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 Octubre del 2024 se realizó se dio respuesta a los oficios mediante los siguientes radicados los cuales se encuentran en ORFEO ? 20243000010000016571 SIM 6067607930 - 6067608076 ? 20243000010000017721 SIM 23019415 ? 20243000010000017711 SIM 23019413 ? 20243000010000017701 SIM 23019395 ? 20243000010000017691 SIM 23019387 ? 20243000010000017661 SIM 23019386 ? 20243000010000017731 SIM 6067608130 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 octubre del 2024 se siguió dándole continuidad a la estrategia de plan choque debido a la auditoria que se presentó el día 21 de octubre, en la verificación y organización de Historias de Atención, igualmente, durante 21, 22 y 23 se prestó colaboración en cuanto a la información que se requiriera.
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 octubre se proyectó resolución de prorroga de la historia de atención N°1 121.449.995 correspondiente al SIM 23018523. 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 octubre 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 asistió a la reunión convocada por parte de la Secretaría de salud departamental, para el día 24 de octubre de 2024 a las 10:00A.m. con el fin de debatir el proceso de cobertura departamental en salud y así construir una ruta de afiliación en salud del Departamento de Amazonas. ACTIVIDAD 10

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 9100132824 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
KAREN CARVALHO DOMINGUEZ	COORDINADORA	CENTRO ZONAL LETICIA	

Revisó: _____

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	1094833916	LUISA FERNANDA FERNANDEZ MORALES	CLL 10 10 77	3147622848	LUFER170606@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-08	I	02/10/2024	80729840	$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

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		
UNICA	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	
2024-09	2024-09	I	02/10/2024	80729840	$635.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Extranjero	INC	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 otras parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1094933916	FERNANDEZ MORALES LUISA FERNANDA	57	0			N																	25-14	2.189.200	350.300	0	0	0	0	EPS005	2.189.200	273.700	14-23	2.189.200	1	11.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Luisa Fernanda Fernandez Morales

De: Karen Carvalho Dominguez
Enviado el: miércoles, 6 de noviembre de 2024 8:32 a. m.
Para: Raul Fernando Archury Romero
CC: Sandra Paola Loaiza Cruz; Liliana Carolina Carvajal Arciniegas; Cristian Rubio Cruz; Luisa Fernanda Fernandez Morales; Cecilia Del Pilar Silva Rosas; Juan Alfonso Martinez Magina; Victor Andres Leon Castiblanco; Jose Julio Perez Tobar
Asunto: AUTORIZACION PAGO HONORARIOS CZ LETICIA

Cordial saludo apreciado Raul

De manera atenta y respetuosa adjunto relación del contratista al cual se ha avalado el informe de actividades con corte mes de OCTUBRE 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	FECHA A COBRAR
91001322024	LUISA FERNANDA FERNANDEZ MORALES	OCTUBRE	$ 3.864.527	01/10/2024-31/10/2024
91001492024	CECILIA DEL PILAR SILVA ROSAS	OCTUBRE	$ 3.864.527	01/10/2024-31/10/2024
91002042024	JUAN ALFONSO MARTINEZ MAGINA	OCTUBRE	$ 3.678.500	01/10/2024-31/10/2024
91001552024	VICTOR ANDRES LEON CASTIBLANCO	OCTUBRE	$ 3.864.527	01/10/2024-30/10/2024
91001782024	JOSE JULIO PEREZ TOVAR	OCTUBRE	$ 3.864.527	01/10/202-31/10/2024

Agradezco la atencion prestada.

Cordialmente,

Karen Carvalho Dominguez
Coordinadora
Grupo Centro Zonal Leticia
ICBF Sede Regional Amazonas
Carrera 11 No. 5-92 Barrio la Florida - Leticia
Teléfono: 601 4377630 Ext. 893401
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener información 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 opiniones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

De: Cristian Rubio Cruz <Cristian.Rubio@icbf.gov.co>
Enviado el: martes, 5 de noviembre de 2024 7:23 p. m.
Para: Karen Carvalho Dominguez <Karen.Carvalho@icbf.gov.co>
CC: Luisa Fernanda Fernandez Morales <LuisaF.Fernandez@icbf.gov.co>; Cecilia Del Pilar Silva Rosas <Cecilia.Silva@icbf.gov.co>; Juan Alfonso Martinez Magina <Juan.MartinezM@icbf.gov.co>; Victor Andres Leon Castiblanco <Victor.Leon@icbf.gov.co>; Jose Julio Perez Tobar <Jose.Perez@icbf.gov.co>
Asunto: AUTORIZACION PAGO HONORARIOS CZ LETICIA

Correo para financiera: Raul Archury- Liliana Carvajal con copia a los contratistas- RECUERDEN QUE EL CORREO QUE SE ANEXA EN LA CUENTA DE COBRO ES EL QUE ENVIA LA COORDINADORA

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 OCTUBRE 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	FECHA A COBRAR
91001322024	LUISA FERNANDA FERNANDEZ MORALES	OCTUBRE	$ 3.864.527	01/10/2024-31/10/2024

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
LAURA VANESSA ACUÑA BERDUGO	1143459935
THIANA DISSAN MENDOZA ROJAS	1018501484
LETICIA ANDREA MEDINA RODRIGUEZ	41057195
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
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
YESSICA MENDOZA MENDOZA	1090491193
DAMARIS TATIANA TORRES ORTIZ	52373340
BRAYAN ANDRES PAKY CARVAJAL	1193201987
DANIELA LISETH PORTILLA LARA	1085339909
JUAN ALFONSO MARTINEZ MAGUIÑA	1006784291

- Consulta certificados de Antecedentes Disciplinarios de la persona natural (Procuraduría).

- Consulta certificados de antecedentes de Responsabilidad Fiscal de la persona natural (Contraloría).
- Consulta certificados de antecedentes judiciales.
- Consulta del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC- de la Policía Nacional.
- Consulta de inhabilidades por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes.

Con base a esta verificación se da viabilidad para el pago del contrato de prestación de servicios correspondiente al mes de otubre de 2024.

La presente se expide a los 30 días de mes de octubre de 2024

KAREN CARVALHO DOMINGUEZ
Coordinadora Centro Zonal Leticia

BIENESTAR FAMILIAR

GESTION FINANCIERA

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

REGIONAL: Amazonas **PLANILLA No.** 293597

DEPENDENCIA: CZ LETICIA **FECHA:** 11/5/2024 7:15:03 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
4	768715	Vigencia Actual	91001322024	1094933916	LUISA FERNANDA FERNANDEZ MORALES	50324	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	27	4	$3,864,527.00		
1	779293	Vigencia Actual	91001492024	52382830	CECILIA DEL PILAR SILVA ROSAS	53024	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	27	4	$3,864,527.00		
2	779739	Vigencia Actual	91001552024	80731545	VICTOR ANDRES LEON CASTIBLANCO	53624	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	27	4	$3,864,527.00		
3	779794	Vigencia Actual	91001782024	1085939932	JOSE JULIO PEREZ TOBAR	58624	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	27	3	$3,864,527.00		
5	770583	Vigencia Actual	91002042024	1006784291	JUAN ALFONSO MARTINEZ MAGIÑA	77224	C-4602-1500-9-704080-4602020-02	27	2	$3,678,500.00		

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCARGADO DEL AREA

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE PAC

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO AREA FINANCIERA