1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 803794

CONTRATO No. 25008082024 Del 13/09/2024 **SEDE O REGIONAL:** Cundinamarca

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 13/09/2024 HASTA: 31/12/2024

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ**

No. Documento de identificación: **1,070,610,826** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión 1068990369 Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **3.1 / 3.1** Mes de Pago: **DICIEMBRE** 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	**14,491,976.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**3,864,527.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**14,491,976.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**0.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 788424 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-9-704080-4602022-02	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 PENSIÓN U OTROS (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**16,138.00**

(*) 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
APOYAR EL DESARROLLO DE VALORACIONES E INTERVENCIONES DESDE EL ÁREA PROFESIONAL Y CONSTRUIR, JUNTO CON LAS FAMILIAS, EL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO E INTERVENCIÓN A DESARROLLAR, CON BASE EN DOCUMENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PRESENCIA PARA LA CONVIVENCIA Y EL FORTALECIMIENTO DE VÍNCULOS FAMILIARES, EN EL MARCO DE LA ASISTENCIA Y ASESORÍA A LA FAMILIA.	Se realizaron valoraciones desde el área de psicología a los números de SIM 22241118, 22241098, 22241143, 22241170, 22241187, 22241199, en las cuales se brindaron recomendaciones a nivel familiar respecto comunicación asertiva, resolución de conflictos, pautas de crianza, competencias parentales, normas y limites, gestión de emociones, entre otros.
BRINDAR APOYO PROFESIONAL PARA EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES, GRUPALES Y/O DE RED, CON LAS FAMILIAS Y ENTORNOS COMUNITARIOS QUE PRESENTEN DIFICULTADES DE CONVIVENCIA FAMILIAR, TENIENDO EN CUENTA LA CULTURA PROPIA, TRADICIONES, ESTRUCTURAS FAMILIARES, COMUNITARIAS Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN Y CUIDADO PROPIOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, NEGROS, AFROCOLOMBIANOS, RAIZALES, PALENQUEROS, RROM Y CAMPESINOS.	Se apoyo a los casos que presentaban dificultades de convivencia familiar, teniendo presente cultura y estructuras familiares de cada una de las familias.
APOYAR EL REGISTRO, SISTEMATIZACIÓN Y MONITOREO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISPUESTOS POR LA ENTIDAD, EN RELACIÓN CON LAS ACCIONES REALIZADAS CON LAS FAMILIAS Y COMUNIDADES.	Se realizo el registro en el servicio de información misional de los siguientes números de petición 22241118, 22241098, 22241143, 22241170, 22241187, 22241199.

PROMOVER LA ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL E INTRAINSTITUCIONAL EN LOS ÁMBITOS REGIONAL Y LOCAL, EN TEMAS PERTINENTES A FAMILIAS Y COMUNIDADES, CON EL FIN DE PROMOCIONAR LA OFERTA INSTITUCIONAL, ACTIVACIÓN DE RUTAS DE ATENCIÓN Y LA CONSTRUCCIÓN DE REDES QUE FORTALEZCAN LAS CAPACIDADES FAMILIARES Y COMUNITARIAS.	Se realizo articulación con las defensorías de familia, con el fin de intervenir aquellos procesos que requieren apoyo en asistencia y asesoría a la familia (AAF).
PROMOVER LA ARTICULACIÓN DE LAS ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR, CON LOS HALLAZGOS Y PLANES DE CASO, PROPUESTOS POR LOS EQUIPOS TÉCNICOS INTERDISCIPLINARIOS DE LAS DEFENSORÍAS DE FAMILIA Y LAS ESTRATEGIAS, PROGRAMAS Y SERVICIOS DEL ICBF, CUANDO A ELLO HAYA LUGAR, CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF.	De acuerdo a la articulación con las defensorías de familia se realizó intervención en los siguientes procesos 22241118, 22241098, 22241143, 22241170, 22241187, 22241199.
APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA IDENTIFICACIÓN, GESTIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS Y LECCIONES APRENDIDAS, DE CASOS FAMILIARES O COMUNITARIOS ABORDADOS A TRAVÉS DEL SERVICIO PRESENCIA PARA LA CONVIVENCIA Y EL FORTALECIMIENTO DE VÍNCULOS FAMILIARES, EN EL MARCO DE LA ASISTENCIA Y ASESORÍA A LA FAMILIA.	Se ha adelantado atención con las familias de los siguientes números de SIM 22241118, 22241098, 22241143, 22241170, 22241187, 22241199.
PROYECTAR INSUMOS DE RESPUESTA A LAS PETICIONES Y CONSULTAS PRESENTADOS, EN RELACIÓN CON ASUNTOS ATENIENTES AL SERVICIO Y SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.	Durante el mes se proyectaron insumos de respuesta a los siguientes números de SIM 22241118, 22241098, 22241143, 22241170, 22241187, 22241199.

CUMPLIR CON LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O ALIANZA, QUE SEAN DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL.	No se realizaron actividades diferentes a las del objeto del contrato.

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 25008082024 DEL 2024.

Firma del Contratista: JULIAN DAVID TEJEDA ORDOÑEZ
C.C No.: 1,070,610,826

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
SCARLETT TOVAR ROJAS	COORDINADORA	CENTRO ZONAL GIRARDOT	

Revisó:_____

Girardot , 09/12/2024

Documento de cobro No ***4***

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

DEBE A:

JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ
NIT. No. 1070610826-1

La suma de ***tres millones ochocientos sesenta y cuatro mil quinientos veintisiete pesos M/cte. ($3.864.527)****, por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA REGIONAL CUNDINAMARCA PARA APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO E INTERVENCIÓN FAMILIAR A TRAVÉS DEL SERVICIO ?PRESENCIA PARA LA CONVIVENCIA Y EL FORTALECIMIENTO DE VINCULOS FAMILIARES? EN EL MARCO DE LA ASISTENCIA Y ASESORIA A LA FAMILIA., del contrato* ***N° 25008082024*** *del año 2024.*

Consignar a la cuenta número 0389335480 del banco BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/12/2024	31/12/2024

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)*	*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* *• 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* *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,

JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ

JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ

C.C.: ***1070610826***

Dirección: ***KR 13 29 29 BARRIO LA ESPERANZA***

Celular: ***3176982055***

Correo Electrónico: ***julian.sierra2393@gmail.com***

No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-20, 03:27:40 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068990369

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822731717

PAGADO 20/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULIAN DAVID SIERRA ORDONEZ		
Documento	CC1070610826	**Dirección**	CR 0 #0 - 0 MZ 13 CS 29 B LA ESPERANZA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3176982055
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	GIRARDOT	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1070610826	JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ	59	00		X															0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.545.900	$ 247.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.545.900	$ 193.300	0,522	$ 1.545.900	$ 8.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 448.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.545.900	$ 1.545.900	$ 1.545.900	$ 0	$ 247.400	$ 193.300	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 448.800	$ 0	$ 448.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 10:10:03 AM **Tipo Planilla:** I. PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068695087

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822698133

PAGADO 09/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULIAN DAVID SIERRA ORDONEZ		
Documento	CC1070610826	**Dirección**	CR 0 #0 - 0 MZ 13 CS 29 B LA ESPERANZA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3176982055
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	GIRARDOT	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1070610826	JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.545.900	$ 247.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.545.900	$ 193.300	0,522	$ 1.545.900	$ 8.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 448.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.545.900	$ 1.545.900	$ 1.545.900	$ 0	$ 247.400	$ 193.300	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 448.800	$ 1.100	$ 449.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.