1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 295878

CONTRATO No. CD1032020NSA Del 05/02/2020 **SEDE O REGIONAL**: Norte De Santander

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 05/02/2020 HASTA: 31/12/2020

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA:**PAOLA FERNANDA AMAYA PRINCE**

No. Documento de identificación: **1,140,837,986** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **195976867** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **1 / 10** Mes de Pago: **FEBRERO** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	**34,798,001.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**2,775,301.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**2,775,301.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**32,022,700.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 40120 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-18-0-4102040-02	21	**2,775,301.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**138,700.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**177,600.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**11,590.00**

(*) 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
ADELANTAR LA GESTIÓN, ARTICULACIÓN, ORIENTACIÓN Y/O PROYECCIÓN DE LAS RESPUESTAS A LAS PETICIONES, CONSULTAS, REQUERIMIENTOS Y/O RECLAMACIONES PROVENIENTES DE LAS DEPENDENCIAS DEL ICBF, CIUDADANOS, PERSONAS JURÍDICAS, ENTIDADES DE CUALQUIER ORDEN Y DE ORGANISMOS DE CONTROL, RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS Y LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	No aplica, toda vez que desde el inicio de mi contrato a la fecha no ha llegado ningún tipo de petición, consultas, requerimientos y/o reclamaciones provenientes de las dependencias del ICBF, ciudadanos, personas jurídicas, entidades de cualquier orden y de organismos de control, relacionados con el programa de primera infancia.
REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO, DESDE EL COMPONENTE JURÍDICO, A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS QUE SE ADELANTEN A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS LOS PROGRAMAS Y LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	No aplica para este mes, ya que las visitas iniciaron el 13 de febrero de 2020 y estamos a la espera del reporte mensual del equipo técnico para realizar el acompañamiento y seguimiento.
APOYAR LOS TRÁMITES QUE CORRESPONDAN CON LAS ETAPAS DE PLANEACIÓN, SELECCIÓN, CONTRATACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES QUE SE ADELANTEN EN LA DIRECCIÓN REGIONAL, RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS Y LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	Se apoyaron los tramites de las diferentes etapas contratación de las modalidades integrales de atención a la Primera Infancia.
REALIZAR EL SEGUIMIENTO, CONTROL Y APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS Y/O CONVENIOS QUE CELEBRE LA DIRECCIÓN REGIONAL PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	La suscrita sirvió de apoyo en la debida supervisión de los contratos y convenios relacionados con el programa de primera infancia.
ENTREGAR REPORTE MENSUAL AL (LA) ORDENADOR (A) DEL GASTO DEL ESTADO DE AVANCE DE LA EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS Y/O CONVENIOS QUE CELEBRE LA DIRECCIÓN REGIONAL PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA, Y ALERTAR LAS SITUACIONES QUE AFECTEN SU NORMAL DESARROLLO	No aplica para este mes por cuanto no se ha cumplido con el primer mes de prestación del servicio.

APOYAR A LOS SUPERVISORES DE LOS CONTRATOS Y/O CONVENIOS CELEBRADOS POR LA DIRECCIÓN REGIONAL PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA EN LA GESTIÓN, TRÁMITE E IMPULSO DEL PROCEDIMIENTO PARA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO	No aplica para este mes pues no se llevamos tramite sancionatorio alguno.
FUNGIR COMO ENLACE CON LA DIRECCIÓN DE PRIMERA INFANCIA PARA LOS TRÁMITES JURÍDICOS Y CONTRACTUALES RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS Y LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	Se apoyaron los tramites de las diferentes etapas contratación de las modalidades integrales de atención a la Primera Infancia.
ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES Y COMITÉS TANTO INTERNOS COMO EXTERNOS, RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL Y HACER SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN CADA REUNIÓN	Los primeros comités técnicos operativos de las modalidades integrales se encuentran programados para la primera semana del mes de marzo, posterior a la suscripción de los contratos de aportes
APOYAR LA CONSOLIDACIÓN DE MANERA OPORTUNA DE INSUMOS Y PROYECCIÓN DE RESPUESTAS PARA ATENDER LAS SOLICITUDES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, FORMULADAS POR DEPENDENCIAS DEL ICBF, PARTICULARES, ÓRGANOS DE CONTROL Y DEMÁS AUTORIDADES	No aplica para este mes; no se han recibido solicitudes de ningún tipo para el área de Primera Infancia.
CUMPLIR CON CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA LAS INSTRUCCIONES Y OBLIGACIONES QUE SEAN REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO QUE ESTÉN RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL MISMO	Se cumplió a cabalidad con las diferentes directrices, instrucciones y obligaciones encomendadas por el supervisor 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 CD1032020NSA DEL 2020.

Firma del Contratista: Paola F. Amaya D.

C.C No.: 1,140,837,986

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 dos millones setecientos setenta y cinco mil trescientos uno pesos m/cte.,($ 2,775,301.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
RIGOBERTO ALVAREZ AREVALO	COORDINADOR CENTRO ZONAL OCAÑA	CENTRO ZONAL OCAÑA	

Revisó:_____

ocaña, 26/02/2020

Documento de cobro No ***1***

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

DEBE A:

PAOLA FERNANDA AMAYA PRINCE
NIT. No. 1140837986-9

La suma de ***dos millones setecientos setenta y cinco mil trescientos uno pesos M/cte.*** ***($2.775.301)****, por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCIÓN REGIONAL PARA ADELANTAR LAS GESTIONES JURÍDICAS Y CONTRACTUALES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS Y LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA, del contrato* ***N° CD1032020NSA*** *del año 2020.*

Consignar a la cuenta número 458088200 del banco BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
05/02/2020	29/02/2020

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 Articulo 10 del Estatuto Tributario.*	*SI*
2	*He contratado dos(2) ó más trabajadores asociados a la actividad.*	*NO*
3	*Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, $ 47.978.000,00)*	*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 ($ 119.945.000,00 - 2019) ($ 124.624.500,00 - 2020) con el sector privado y/o 4.000 UVT ($ 137.080.000,00 - 2019) ($ 142.428.000,00 - 2020) 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 ($ 119.945.000,00 - 2019) ($ 124.624.500,00 - 2020)	*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	*He realizado 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*	*SI*

Cordialmente,

Paola F. Amaya P.

PAOLA FERNANDA AMAYA PRINCE
C.C.: ***1140837986***
Dirección: ***CL 11 16 109 BARRIO MARTINETE***
Celular: ***3106836240***
Correo Electrónico: ***PPRINCE-20@HOTMAIL.COM***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1140837986
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PAOLA FERNANDA AMAYA PRINCE
CIUDAD/MUNICIPIO:	ABREGO	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE	TELÉFONO:	5695006
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NÚMERO PLANILLA:			**7744893363**	TIPO DE PLANILLA:					N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO		2020
DÍAS DE MORA:			0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/02/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					569346715
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			0195976867	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:					2020/02/13

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:										**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:													**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.700	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 6.700
SUBTOTALES:									**$ 6.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1140837986	AMAYA PRINCE PAOLA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 877.803				NO							A	01-30										230301-PORVENIR	30	$ 1.282.000	$ 205.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.282.000	$ 160.300	$ 0	$ 160.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.282.000	114083798	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1140837986	AMAYA PRINCE PAOLA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 877.803				NO							C	01-30										230301-PORVENIR	30	$ 1.282.000	$ 205.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.282.000	$ 160.300	$ 0	$ 160.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.282.000	114083798	$ 13.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1140837986	AMAYA PRINCE PAOLA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 877.803				NO							R	01-30										230301-PORVENIR	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 0	114083798	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 6.700**