



Proceso Gestión Financiera
Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios

F1.P17.GF

05/05/2022

Versión 8

Página 1 de 4

1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 869933

CONTRATO No. 01013152025 Del 11/02/2025

SEDE O REGIONAL: Sede de la dirección General

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 11/02/2025

HASTA: 31/07/2025

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **NELSON SILVA RODRIGUEZ**

No. Documento de identificación: **79,507,688**

Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **88054138**

Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **1**

Pago No.: **6 / 6** Mes de Pago: **JULIO** 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	26,695,188.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	4,449,198.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	26,695,188.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	0.00

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 191125 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4699-1500-3-53105B-4699018-02	27	4,449,198.00

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

APORTES OBLIGATORIOS A SALUD(*):	222,460.00
APORTES OBLIGATORIOS A PENSIÓN (*)	284,749.00
APORTES FSP (*):	0.00
APORTE ARL (*):	9,290.00
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	0.00
APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIÓN VOLUNTARIA (*):	0.00
CUENTA DE AHORRO AVC (*):	0.00

(*) 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.

Fecha Creación
7/25/2025 1:26:43 PM

Fecha Impresión:
7/25/2025 1:26:45 PM

Corrección: 0

F1.P17.GF

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
1.APOYAR EL SEGUIMIENTO AL COMPONENTE FINANCIERO A LA EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS A CARGO DEL GRUPO DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO QUE LE SEAN ASIGNADOS	Realizo proceso de revision del proceso de EMOS a nivel nacional para el ICBF. Se solicita inicialmente el envío de la prefectura a las IPS encargadas de la ejecución de exámenes medicos ocupacionales, para posteriormente enviar dicha informacion a las regionales que hacen parte de cada una de las macroregiones y solicitar el envío de la certificacion de exámenes efectuados debidamente firmado por el Coordinador Administrativo de cada regional. Se reciben las certificaciones y se carga esta informacion en el consolidado que reposa en el share point para verificar que todo esté correcto. Se procede a enviar estas certificaciones a las IPS para que realicen el proceso de facturacion y estas sean enviadas junto a toda la documentacion legal. Se reciben las facturas correspondientes se realiza la representacion grafica, la confirmacion de la facturacion en la pagina de la DIAN y se envia todo el paquete a la persona encargada de la DGH para generar la orden de pago y remitir luego a la supervisora del contrato.
2.APOYAR LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS A LOS CONTRATOS A CARGO DEL GRUPO DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO QUE LE SEAN ASIGNADOS	Se realiza la verificacion del cumplimiento de obligaciones contractuales de los operadores que desarrollan la toma de EMOS en todo el país. Se solicita que se de respuesta inmediata a todas las inquietudes e inconvenientes que las regionales puedan presentar y que todos los procesos de atencion que se contemplan en la ficha tecnica del contrato se cumplan a cabalidad tanto en atencion como en centros integrales que cuenten con las licencias respectivas y los equipos idoneos y profesionales especializados para el desarrollo de los mismos.
3.APOYAR LA PROYECCIÓN DE LOS DOCUMENTOS PROPIOS DE LOS DIFERENTES COMPONENTES A CARGO DEL GRUPO DE DESARROLLO DE TALENTO HUMANO, QUE LE SEAN ASIGNADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.	La documentacion correspondiente a los procesos de pago de las IPS prestadoras del servicio se revisan en su totalidad, se verifican el cumplimiento de todas las obligaciones y se procede a autorizar el pago de los exámenes medicos ocupacionales hasta la fecha para no dejar represar pagos y ejecucion de los mismos en todas las regiones del país. Se verifica toda la informacion pertinente y se adjunta todos los documentos para verificar plenamente los pagos aprobados y los exámenes ejecutados a los servidores publicos en el país.
4.APOYAR LA RECOLECCIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA OPORTUNA RESPUESTA A LAS SOLICITUDES, CONSULTAS, QUEJAS, PETICIONES Y RECURSOS QUE PRESENTEN LOS COLABORADORES, DE MANERA VERBAL O ESCRITA, SOBRE LOS ASUNTOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL	Se apoya en la realizacion de inspeccion de vehiculos en la Sede de la Direccion General incluyendo rutas y vehiculos asignados a los directivos de las diferentes dependencias de la SDG evidenciando el cumplimiento de todas las normas establecidas para su correcto funcionamiento, vehiculos en buen estado y de aseo impecables, documentacion al dia, nada de comparendos pendientes y elementos de seguridad en cada uno de los vehiculos cumpliendo las normas establecidas por el Gobierno Nacional y el ICBF.

5. REALIZAR APOYO EN LA ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES LOGÍSTICAS CORRESPONDIENTES A LOS COMPONENTES A CARGO DEL GRUPO DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO QUE LE SEAN ASIGNADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Se apoya la realización de capacitación de brigadas de emergencia en este caso de accidentes de seguridad vial. Se cuenta con el acompañamiento de una persona perteneciente al cuerpo de bomberos de Bogotá quien se hace cargo de la recreación de todo el ambiente de un accidente entre dos vehículos en el cual hice parte de la acción fungiendo como la víctima de este suceso. La persona encargada realiza la verificación de todo lo ocurrido y explica a todos los asistentes la manera de proceder y actuar ante una situación como esta incluyendo como evacuar un herido de un vehículo siniestrado, como manejar a la persona mientras hace presencia el personal médico y todo lo pertinente para colaborar con el buen funcionamiento y manejo de la situación por parte del personal especializado.

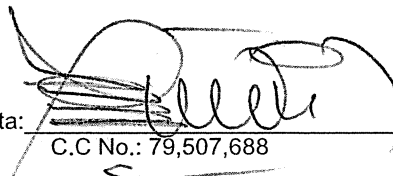
6. APOYO EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES QUE ME SEAN IMPARTIDAS POR EL SUPERVISOR Y QUE TENGAN RELACIÓN CON LA NATURALEZA DEL CONTRATO.

Se asiste a las reuniones convocadas por la supervisora del contrato relacionadas con el grupo de desarrollo del talento humano y el grupo de seguridad y salud en el trabajo. Se hace entrega de elementos de protección personal, se realiza verificación nuevamente de condiciones inseguras reportadas, se actualiza en informe de condiciones inseguras debido a la pérdida de registros fotográficos y se actualiza la información en el share point relacionada con la inspección de vehículos llevada a cabo en la SDG.

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 01013152025 DEL 2025.

Firma del Contratista:

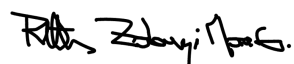


C.C No.: 79,507,688

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 cuatrocientos cuarenta y nueve mil ciento noventa y ocho pesos m/cte., (\$ 4,449,198.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
RUTH ZOLANYI MORA GUTIERREZ	COORDINADORA GRUPO DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	DIRECCION DE GESTION HUMANA	



Proceso Gestión Financiera Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios	F1.P17.GF	05/05/2022
	Versión 8	Página 4 de 4

Revisó: _____

Fecha Creación
7/25/2025 1:26:43 PM

Fecha Impresión:
7/25/2025 1:26:45 PM

Corrección: 0

F1.P17.GF

Bogota Distrito Capital, 25/07/2025

Documento de cobro No 7

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

DEBE A:

NELSON SILVA RODRIGUEZ
NIT. No. 79507688-1

La suma de **cuatro millones cuatrocientos cuarenta y nueve mil ciento noventa y ocho pesos M/cte. (\$4.449.198)**, por concepto de PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN AL GRUPO DE DESARROLLO DE TALENTO HUMANO PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS QUE LE SEAN ASIGNADAS, del contrato **N° 01013152025** del año 2025.

Consignar a la cuenta número 24119705584 del banco BANCO CAJA SOCIAL S.A. tipo de cuenta AHORRO

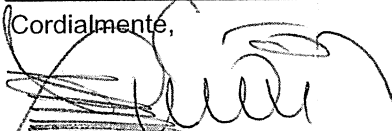
Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/07/2025	31/07/2025

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 7010

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% 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, \$ 65.891.000,00)	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 (\$ 164.727.500,00 - 2024) (\$ 174.296.500,00 - 2025) con el sector privado o 4.000 UVT (\$ 188.260.000,00 - 2024) (\$ 199.196.000,00 - 2025) 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 (\$ 164.727.500,00 - 2024) (\$ 174.296.500,00 - 2025) 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 (\$ 199.196.000,00 - 2025) (\$ 188.260.000,00 - 2024)	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 artículo 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,


NELSON SILVA RODRIGUEZ

C.C.: **79507688**
Dirección: **KR 53 A BIS 128 B 70**
Celular: **3157688205**
Correo Electrónico: **nsrodriguez28@outlook.es**
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79507688	NELSON SILVA RODRIGUEZ		Carrera 53A 128B-70	4377630	nelson.silva@icbf.gov.co
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-06	2025-06	I	29/07/2025	88054138	TOTAL A PAGAR \$519.400

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	222.500	0		0		0	8	1.200	0	223.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	284.800	0	0	0	0	8	1.500	0	286.300	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	9.300				9.300	8	100	9.400			93	9.400	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	222.500	223.700
Pensión	1	284.800	286.300
Riesgos Laborales	1	9.300	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	516.600	519.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79507688	NELSON SILVA RODRIGUEZ		Carrera 53A 128B-70	4377630	nelson.silva@icbf.gov.co
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-06	2025-06	I	29/07/2025	88054138	10
					TOTAL A PAGAR
					\$519.400

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOA	IOB	IOG	IOH	IOI	IOJ	IOK	IOL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	79507688	SILVA RODRIGUEZ NELSON	59	0	N																					230201	1.779.679	284.800	0	0	0	0	EPS017	1.779.679	222.500	14-23	1.779.679	1	9.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA