1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 356546

CONTRATO No. 312 Del 26/05/2020 **SEDE O REGIONAL:** Atlántico

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 29/05/2020 HASTA: 31/12/2020

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **REYNALDO ENRIQUE GOMEZ PABON**

No. Documento de identificación: **85,471,647** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **9410401053** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **1**

Pago No.: **5 / 8** Mes de Pago: **SEPTIEMBRE** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión: **NO** Número de pago: **0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	13,080,313.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	1,825,160.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	7,422,317.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	5,657,996.00

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 85520 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-14-0-4102037-02	27	1,825,160.00

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	109,700.00
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	140,400.00
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	0.00
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	0.00
APORTE ARL (*):	4,500.00

(*) 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. APOYAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN QUE DEBE REPOSAR EN LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	SE REALIZO LA CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE EXPEDIENTES E INGRESO AL FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL CORRESPONDIENTES A LAS DEFENSORIAS DE PROTECCIÓN DIANA ORELLANO
2. APOYAR EN LA DIGITACIÓN Y EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL DEL ICBF-SIM, DE ACUERDO CON LA ORGANIZACIÓN DE LA(S) DEFENSORÍA(S) DE FAMILIA.	SE REALIZO LA CREACIÓN DE NUEVAS PETICIONES CORRESPONDIENTES A LAS SOLICITUDES PRESENCIALES EN TURNO DE LA DEFENSORÍA DE PROTECCIÓN EN RESTABLECIMIENTOS DE DERECHO, SE REALIZO CIERRE DE PETICIONES, TRASLADOS A COMISARIAS DE FAMILIA POR COMPETENCIA TERRITORIAL Y SEGUIMIENTOS A LA MEDIDA, TRASLADO A OTROS CENTROS ZONALES.
3. APOYAR LA CONSTRUCCIÓN DE BASES DE DATOS CON LA DIGITACIÓN DE INFORMACIÓN QUE SEA SOLICITADA POR PARTE DE LA DEFENSORÍA DE FAMILIA.	SE REALIZO ACTUALIZACIÓN FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL, CORRESPONDIENTE A LAS DEFENSORIAS DE PROTECCIÓN DIANA ORELLANO
4. APOYAR A LOS INTEGRANTES DE LAS DEFENSORÍAS DE FAMILIA EN LAS ACTIVIDADES DE GESTIÓN QUE SE REQUIEREN EN EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES.	RECEPCIÓN E INGRESO DE ACTUACIONES EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL SIM DE LOS INFORMES DE EVOLUCIÓN, PLATIN E INFORMES DE RESULTADOS ENVIADOS POR EL OPERADOR.
5. CUMPLIR CON LAS DEMÁS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR EN VIRTUD DEL OBJETO CONTRACTUAL.	CREACIÓN DE PETICIONES Y DIRECCIONAMIENTOS, RECEPCIÓN DE ESCRITOS Y SOLICITUDES DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN CON TRAMITE, GESTIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN EN EL APLICATIVO SIM, CAPACITACIÓN DE NUEVOS INTEGRANTES DEL MANEJO DE GESTIÓN DOCUMENTAL E INGRESO DE ACTUACIONES EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL, CAPACITACIONES VIA TEAMS.

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 312 DEL 2020.

Firma del Contratista:_____

C.C No.: 85,471,647

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 un millón ochocientos veinticinco mil ciento sesenta pesos m/cte.,($ 1,825,160.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
ROBERTO CARLOS CARRILLO CASTRO	COORDINADOR	CENTRO ZONAL HIPODROMO	

Revisó:_____

Barranquilla, 25/09/2020

Documento de cobro No ***5***

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

DEBE A:

REYNALDO ENRIQUE GÓMEZ PABÓN
NIT. No. 85471647-4

La suma de ***un millón ochocientos veinticinco mil ciento sesenta pesos M/cte. ($1.825.160****), por concepto de PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DEFENSORIA DE FAMILIA, EN EL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN Y EL REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL, DE LAS ACTUACIONES REALIZADAS DENTRO DE LOS TRÁMITES Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS del contrato* ***N° 312*** *del año 2020.*

Consignar a la cuenta número 801857363 del banco BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/09/2020	30/09/2020

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* *• 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* *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,

REYNALDO ENRIQUE GÓMEZ PABÓN
C.C.: ***85471647***
Dirección: ***CARRERA40A1 #92-79***
Celular: ***3015992003***
Correo Electrónico: ***reygi0519@hotmail.com***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

Barranquilla, 25 de Septiembre de 2020

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, REYNALDO ENRIQUE GOMEZ PABON identificado(a) con C.C. Nº 85.471,647 para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2010 de 2019 "Ley de Crecimiento Económico", informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.

   SI ■ NO ☐

2. Que los ingresos por el Contrato N° 154 del 19 de febrero de 2020, corresponde al concepto de:

   ■ Cedula General (Rentas de Trabajo, Rentas de Capital, Rentas no Laborales)
   ☐ ☐ Cedula de Pensiones
   ☐ Cedula Dividendos y participaciones

3. **BENFICIOS TRIBUTARIOS**

   3.1 He Contratado o Vinculado dos (2) o más Trabajadores asociados a la actividad (Articulo 383 E.T, Parágrafo 2). (*Aplica para renta de trabajo, renta exenta del 25%*).

   SI ☐ NO ■

   3.2 En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, Articulo 387 E.T, Parágrafo 2, de manera libre y espontánea, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mí cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCIA
GISELLE MONTES PEREZ	22647970	19/01/1981	ESPOSA
GABRIEL GOMEZ MONTES	1046730651	16/10/2016	HIJO

NOTA:
Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

ANEXO:
Para efectos de la aplicación de la deducción por dependientes de que trata el artículo 387 del Estatuto Tributario, tendrán la calidad de dependientes únicamente:

1.1 ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*
1.2 ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*
1.3 ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*
2. ***Rentas de Pensión:*** *NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*
3. ***Rentas de Dividendos o participaciones:*** *corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad.

2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Parágrafo. Para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere este artículo, el contribuyente suministrará al agente retenedor un certificado, que se entiende expedido bajo la gravedad del juramento, en el que indique e identifique plenamente las personas dependientes a su cargo que dan lugar al tratamiento tributario a que se refiere este artículo.

3.3 Adjunto Copia del Certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Intereses de Vivienda, de acuerdo al Artículo 387 del E.T. (Adjuntar Soporte)

SI ☐ NO ■

3.4 Adjunto Copia del Certificado expedido por la empresa prestadora del servicio correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Medicina Pre pagada, de acuerdo al Artículo 387 del E.T, Inciso 2, el cual cumple los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. (Adjuntar Soporte)

SI ☐ NO ■

Cordialmente,

REYNALDO E. GOMEZ PABON
CC# 85.471.647 De Santa Marta

1.1 ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*

1.2 ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*

1.3 ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*

2. ***Rentas de Pensión:*** *NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*

3. ***Rentas de Dividendos o participaciones:*** *corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 85471647		GOMEZ PABON REYNALDO ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALL 48 No 1A4 82	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3428974	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	736451888	9410401053	I	2020/09/10	2020/09/08	BANCO AV VILLAS	0	$254,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,600	$0	$0	$4,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,600	$0	$0	$4,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$254,900	$0	$0	$254,900

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 85471647		GOMEZ PABON REYNALDO ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALL 48 No 1A4 82	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3428974	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2020-08	2020-08	736451888	9410401053	I	2020/09/10	2020/09/08	BANCO AV VILLAS	0	$254,900	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO								
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior
1	CC	85471647	GOMEZ PABON REYNALDO ENRIQUE	Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales	0	No	No	

NOVEDADES																									
ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc

Total **Afiliados(1)**