



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: 884443

CONTRATO No. 76007672025 **Del** 16/05/2025 **SEDE O REGIONAL:** Valle Del Cauca
PLAZO DE EJECUCION DESDE: 16/05/2025 **HASTA:** 15/12/2025
NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **SILVIA DIANA GISELLE DIAZ LOZANO**
No. Documento de identificación: **1,130,606,619** **Régimen:** **No Responsable**
No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **9492209031** **Pago ARL:** **SI** **Nivel ARL(Nivel Riesgo):** **2**
Pago No.: **5 / 7** **Mes de Pago:** **SEPTIEMBRE** **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	31,144,386.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	4,449,198.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	20,021,391.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	11,122,995.00

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 221625 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-9-704080-4602022-02	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 (*):	18,580.00
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
9/23/2025 10:46:46 AM

Fecha Impresión:
9/23/2025 10:47:28 A

Corrección: 0

F1.P17.GF

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
1. IDENTIFICAR, BUSCAR Y VINCULAR A LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO PRIORIZADO A TRAVÉS DE ENCUENTROS FAMILIARES Y/O ENCUENTROS COMUNITARIOS, PROMOVRIENDO LA PERMANENCIA Y EL ACOMPAÑAMIENTO AL NÚMERO DE FAMILIAS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS.	SE BUSCARON FAMILIAS ATRAVEZ DE LA VICEPRESIDENTA DE LA JUNTA DE ACCION COMUNAL DEL BARRIO FLORALIA , DOÑA CAROLINA , SE OBTUVIERON APROVADAS EN EL HUELLAS A 5 FAMILIAS REFERIDAS POR OTRAS FAMILIAS VINCULADAS EL EN BARRIO PETECUY Y SAN LUIS , EL DIA 16 DE SEPTIEMBRE DEL 2025 SE HIZO ARTICULACION CON EL PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA DEL ICBF EN EL BARRIO PETECUY II, PARA LA FOCALIZACION DE FAMILIAS PARTIPANTES EN EL SERVICIO , SE LOGRO FOCALIZAR 5 FAMILIAS
3. DILIGENCIAR EN COORDINACIÓN CON LOS MIEMBROS DE LAS UNIDADES DE TEJIDO FAMILIAR Y COMUNITARIO (UTFC) EN RELACIÓN CADA FAMILIA QUE LE HAYA SIDO ASIGNADA, LOS SIGUIENTES INSTRUMENTOS: FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO-FAMILIAR, EL PERFIL DE VULNERABILIDAD GENERATIVIDAD, EL MAPA DE PERTENENCIA ACTUAL Y POTENCIAL, BITÁCORA DE LOS CENTROS DE INTERÉS Y ACTAS DE INTENCIÓN QUE CONTENGAN LAS ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO Y DILIGENCIAR CON OPORTUNIDAD, VERACIDAD Y CALIDAD LA INFORMACIÓN EN LOS APLICATIVOS DESTINADOS PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN	EL DIA 23 DE SEPTIEMBRE SE ACOMPAÑO A LAS FAMILIAS EN EL DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE VULNERABILIDAD Y GENERATIVIDAD SFSC2025VAL00 MARIA DIAZ , SFSC2025VAL00 PAUAL CARABALI, SFSC2025 RUMELY MURILLO, SFSC2025 LUZ GONZALES EL DIA 24 DE SEPTIEMBRE SE ACOMPAÑO A LAS FAMILIAS EN EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE GENERATIVIDAD Y VULNERABILIDAD : SFSC2025VAL00 JOHANA PARADA ,SFSC2025VAL WILLIAM MONTERO, SFSC2025VAL00 CARLOS ANDRES HERANDEZ EL DIA 28 DE SEPTIEMBRE SE ACOMPAÑA A LAS FAMILIAS EN DILIGENCIAMIENTO DEL FOMATO DE VULNERABILIDAD Y GENRATIVIDAD : SFSC2025VAL00 GINETH CORREA, SFSC2025VAL00 LINA LOAIZA SFSC2025VAL00 CAROLINA MORENO

8. CONSTRUIR E IMPLEMENTAR ACCIONES CULTURALES Y PARTICIPATIVAS PARA EL DESARROLLO DE ENCUENTROS E INICIATIVAS COMUNITARIAS ACORDADAS CON LAS UNIDAD DE TEJIDO FAMILIAR Y COMUNITARIO DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS Y SUS ANEXOS.

EN EL MARCO DE LOS ENCUENTRO COMUNITARIOS DEL 3 DE SEPTIMBRE Y 11 DE SEPTIMBRE EN EL BARRIO PETECUY II Y EL BARRIO FLORALIA SE LLEVARON LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES PARTICIPATIVAS :

A. LA ACTIVADA TOMA LO QUE NECESITES , DONDE CADA PARTICIPANTE TOMABA DE LA CARTELARA UNA PALABRA QUE SE IDENTIFICABA CON LO QUE EN ESE MOMENTO CREIAN NECESITAR , Y SE PRESENTABAN SOCIALIZANDO EL PORQUE DE SU ELECCION .

B EL RAMO DEL CUIDADO : TODOS LOS PARTICIPANTES TOMAN UNA FLOR DE UN CONTENEDOR , E IDENTIFICABAN UNA CUALIDAD QUE QUISERAN QUE EL GRUPO SUPIERA DE ELLOS , ADEMAS DE ENUNCAIR A QUIEN CUIDABAN , QUIEN LOS UIDABAN Y AL FINAL SE GENERA UNA REFLEXION GRUPAL SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONSOLIDAR E INDETIFICAR UNA RED DE CUIDADO.

C. SE SOCIALIZO LA COSIGNA PARA LA FORMULACION DE UNA INICIATIVA COMUNITARIA EN LOS BARRIOS FLORALIA Y PETECUY DURANTE EL ENCUENTRO COMUNITARIO , Y SE REVISO LAS PROPUESTAS QUE SE GENERARON CON LLUVIA DE IDEAS .COMO RESULTADO EL DIA 29 DE SEPTIMBRE SE ENVIA A REFERENTE DEL PROGRAMA PROPUESTA DE INICIATIVA COMUNITARIA

9. REALIZAR ACCIONES DE DIRECCIONAMIENTO, ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS ASIGNADAS PARA ACTIVAR RUTAS EN CASO DE QUE SE IDENTIFIQUEN VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO, O SE CONOZCAN RIESGOS DE VULNERACIÓN DE DERECHOS A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

ESTA ACTIVIDAD ESTA PROGRAMADA PARA EL MES DE OCTUBRE

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 76007672025 DEL 2025.



Firma del Contratista: _____
 C.C No.: 1,130,606,619



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

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
SARA EUGENIA ROJAS VALENCIA	COORDINADORA	CENTRO ZONAL NORORIENTAL	

Revisó: _____

Santiago De Cali , 23/09/2025

Documento de cobro No 5

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

DEBE A:

SILVIA DIANA GISELLE DIAZ LOZANO
NIT. No. 1130606619-3

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 PARA EL DESARROLLO DEL SERVICIO SOMOS FAMILIA, SOMOS COMUNIDAD CONFORME A LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS Y ENFOQUE DETERMINADO POR EL ICBF EN LA DIRECCIÓN REGIONAL VALLE TENIENDO EN CUENTA EL MODELO DE ENFOQUE DIFERENCIAL DE DERECHOS DE ICBF, CON LA FINALIDAD DE EJECUTAR ACTIVIDADES Y PROGRAMAS CULTURALES CON EL FIN DE FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN Y LA PROMOCIÓN DE EXPERIENCIA ARTÍSTICAS Y CULTURALES.

, del contrato **N° 76007672025** del año 2025.

Consignar a la cuenta número 0571000016 del banco BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/09/2025	30/09/2025

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 7220

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 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,



SILVIA DIANA GISELLE DIAZ LOZANO

C.C.: **1130606619**

Dirección: **KR 10 4 42**

Celular: **3234141306**

Correo Electrónico: **sidigi25@gmail.com**

No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1130606619		DIAZ LOZANO SILVIA DIANA GISELLE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 10 # 4-42	CALI-VALLE	3234141306	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1796719797	9492209031	I	2025/09/04	2025/09/23	NEQUI	\$529,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)																														
1	CC	1130606619	DIAZ SILVIA						X											230201	30	EPS005	30		0	14-23	30	1.044%	0	No
Total		Afiliados(1)																												

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1130606619		DIAZ LOZANO SILVIA DIANA GISELLE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 10 # 4-42	CALI-VALLE	3234141306	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1796719797	9492209031	I	2025/09/04	2025/09/23	NEQUI	\$529,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$283,100	\$3,400	\$0	\$286,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$283,100	\$3,400	\$0	\$286,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,500	\$300	\$0	\$18,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$18,500	\$300	\$0	\$18,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$221,200	\$2,700	\$0	\$223,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$221,200	\$2,700	\$0	\$223,900
TOTAL				1	\$522,800	\$6,400	\$0	\$529,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1130606619		DIAZ LOZANO SILVIA DIANA GISELLE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 10 # 4-42	CALI-VALLE	3234141306	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1810130825	9492596180	N	2025/09/04	2025/09/29	NEQUI	25	\$1,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES																					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF																				
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																		
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)																																																		
1	CC	1130606619	DIAZ SILVIA							X	A									230201	30	EPS005	30		0	14-23	30	1.044%	0		No																			
2	CC	1130606619	DIAZ SILVIA							X	C									230201	30	EPS005	30		0	14-23	30	1.044%	0		No																			
Total		Afiliados(1)																																																

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1130606619		DIAZ LOZANO SILVIA DIANA GISELLE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 10 # 4-42	CALI-VALLE	3234141306	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1810130825	9492596180	N	2025/09/04	2025/09/29	NEQUI	25	\$1,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$800	\$100	\$0	\$900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$800	\$100	\$0	\$900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$100	\$100	\$0	\$200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$100	\$100	\$0	\$200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$600	\$100	\$0	\$700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$600	\$100	\$0	\$700
TOTAL				1	\$1,500	\$300	\$0	\$1,800

De: Sara Eugenia Rojas Valencia
Enviado el: viernes, 26 de septiembre de 2025 17:01
Para: Adriana Daza Dorado; Monica Ordóñez Vasquez; Jennifer Rodríguez Peña
CC: Martha Cecilia Ordóñez Tamara
Asunto: RV: AUTORIZACION DE PAGO CONTRATISTAS MI FAMILIA Y PRESENCIA CZ NORORIENTAL PERIODO SEPTIEMBRE
Datos adjuntos: Planilla_Area_CZ Nororiental_MI FAMILIA Y PRESENCIAL SEP.pdf

Buenas tardes

Cordial saludo

De manera adjunta, envío planilla de pago de los contratistas adscritos al área de Mi familia y presencial del CZ Nororiental, del mes de septiembre, con la cual certifico y autorizó el pago, teniendo en cuenta que fueron cargados los documentos soporte de la cuenta de acuerdo a las directrices dadas en el aplicativo SIGEPCYP y en la plataforma SECOP II, de cada uno de los contratistas relacionados a continuación:

#	NOMBRE CONTRATISTA	IDENTIFICACION	N° DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SEGÚN SECOP II (DESDE)	PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SEGÚN SECOP II (HASTA)	EJE
1	YARLIN ARIAS VALENCIA	35,896,906	76012322025	13/9/2025	15/12/2025	I
2	MARISOL RIVAS MURILLO	31,712,545	76006662025	16/4/2025	15/12/2025	I
3	YULIETH RAMIREZ LASPRILLA	31,308,286	76007112025	6/5/2025	4/12/2025	I
4	LINA MARCELA IBARGUEN BERMUDEZ	1,144,197,217	76007342025	13/5/2025	11/12/2025	I
5	LINA MARCELA VARGAS SALGUERO	1,005,966,043	76007742025	20/5/2025	15/12/2025	I
6	SILVIA DIANA DIAZ LOZANO	1,130,606,619	76007672025	16/5/2025	15/12/2025	I
7	DANIELA RODRIGUEZ SARRIA	1,107,098,544	76007042025	5/5/2025	4/12/2025	I

Así las cosas;

Yo, **SARA EUGENIA ROJAS VALENCIA**, en mi calidad de supervisora de los contratos descritos en la planilla N° 322567, “**DATOS REQUERIDOS PARA EL TRAMITE FINANCIERO DE LOS PAGOS A CONTRATISTAS SERVICIOS PERSONALES – HONORARIOS**”, anexa al presente, certifico que las personas allí relacionadas han cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en cada contrato, por tal motivo, autorizo el pago de los servicios prestados por cada colaborador en el periodo mes de SEPTIEMBRE, relacionados en la planilla adjunta, cuyos soportes están completos, cargados y **confirmados en el SECOP**.

Gracias por su atención

Quedo atento a sus observaciones

Cordialmente,



Sara Eugenia Rojas Valencia
Coordinadora
Centro Zonal Nororiental
ICBF Regional Valle
Carrera 3 Norte # 39N-23 B/Bolivariano, Santiago de Cali
Teléfono: 602 4882525 Ext. 261000
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **PÚBLICA**

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 opciones 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

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

REGIONAL: Valle Del
Cauca

DEPENDENCIA: CZ Nororiental

PLANILLA No. 352567

FECHA: 9/25/2025 3:41:45 PM

Item	Nro. Cuenta	Tipo Informe	Número de Documento Fuente	Documento Identificación	Nombre del Contratista	RP en SIIF Nación	Identificador Presupuestal SIIF Nación	Recurso	Número de Pago	Valor a Pagar	Número de validado de PAC	Fecha de Validado PAC
1	897862	Vigencia Actual	76006662025	31712545	MARISOL RIVAS MURILLO	174225	C-4602-1500-9-704080-4602022-02	27	6	\$3,980,463.00		
2	896897	Vigencia Actual	76007042025	1107098544	DANIELA RODRIGUEZ SARRIA	191325	C-4602-1500-9-704080-4602022-02	27	5	\$4,449,198.00		
3	896184	Vigencia Actual	76007112025	31308286	YULIETH RAMIREZ LASPRILLA	192225	C-4602-1500-9-704080-4602022-02	27	5	\$4,449,198.00		
4	896932	Vigencia Actual	76007342025	1144197217	lina marcela ibarguen bermudez	208825	C-4602-1500-9-704080-4602022-02	27	5	\$4,449,198.00		
5	884443	Vigencia Actual	76007672025	1130606619	SILVIA DIANA GISELLE DIAZ LOZANO	221625	C-4602-1500-9-704080-4602022-02	27	5	\$4,449,198.00		
6	897112	Vigencia Actual	76007742025	1005966043	LINA MARCELA VARGAS SALGUERO	221425	C-4602-1500-9-704080-4602022-02	27	5	\$3,600,000.00		
7	898791	Vigencia Actual	76012322025	35896906	YARLIN ARIAS VALENCIA	416525	C-4602-1500-9-704080-4602022-02	27	1	\$2,985,347.00		

MARTHA  ORDÓÑEZ TAMARA

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCARGADO DEL AREA

 ELVIS GOMAJOA ANDRADE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE PAC
CICLOS DE VIDA

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO AREA FINANCIERA