



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: 905520

CONTRATO No. 25007942025 Del 18/09/2025

SEDE O REGIONAL: Cundinamarca

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 18/09/2025

HASTA: 15/12/2025

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **MARTHA LIGIA PAEZ MEDINA**

No. Documento de identificación: **52,856,690**

Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **91060307**

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

Pago No.: **2 / 3** Mes de Pago: **OCTUBRE** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión: **NO** Número de pago: **0**

Tipo Informe: **Vigencia actual** Vigencia Futura: **SI** Número de Pago: **2**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	12,415,900.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	4,232,693.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	6,066,860.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	6,349,040.00

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 964325 - 964325 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-10-704040-4602014-02	27	4,232,693.00

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

APORTES OBLIGATORIOS A SALUD(*):	177,938.00
APORTES OBLIGATORIOS A PENSIÓN (*):	227,760.00
APORTES FSP (*):	0.00
APORTE ARL (*):	7,431.00
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
11/1/2025 2:06:18 PM

Fecha Impresión:
11/4/2025 3:19:11 PM

Corrección: 0

F1.P17.GF



3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
1. DISEÑAR E IMPLEMENTAR ACCIONES DE MOVILIZACIÓN SOCIAL PROPUESTAS POR LAS NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES O PERSONAS EN ESTADO DE GESTACIÓN, MUJERES O PERSONAS EN PERIODO DE LACTANCIA CON DISCAPACIDAD, SUS FAMILIAS, COMUNIDADES Y OTROS ACTORES CLAVES, DONDE PARTICIPEN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON Y SIN DISCAPACIDAD, PARA QUE ELLAS Y ELLOS HABITEN LOS DIFERENTES ESPACIOS DONDE TRANSCURREN SUS VIDAS.	1. Se realiza articulación y asistencia técnica para dar a conocer los Centros de Apoyo a la inclusión equipo itinerante en el espacio de Creación de Políticas Publicas de infancia, adolescencia y juventudes en el municipio de Soacha, el día 08/10/2025 espacio generado desde la Secretaria de Desarrollo Social Municipal en la que participaron madres comunitarias, instituciones educativas Y organizaciones juveniles.
2. IDENTIFICAR, FACILITAR LA CREACIÓN O FORTALECER REDES FAMILIARES Y COMUNITARIAS QUE BRINDEN APOYO EN LOS DIFERENTES TERRITORIOS DONDE HABITAN LAS NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES O PERSONAS EN ESTADO DE GESTACIÓN, MUJERES O PERSONAS EN PERIODO DE LACTANCIA CON DISCAPACIDAD, PARA LA PROMOCIÓN DE ENTORNOS INCLUSIVOS Y SEGUROS	1. Se realiza articulación y asistencia técnica para dar a conocer los Centros de Apoyo a la inclusión equipo itinerante en el espacio de comité operativo con madres comunitarias Centro zonal Soacha, el día 07/10/2025. 2. Se realiza articulación y asistencia técnica para dar a conocer los Centros de Apoyo a la inclusión equipo itinerante en el espacio de Creación de Políticas Publicas en el municipio de Soacha, el día 08/10/2025 espacio generado desde la Secretaria de Desarrollo Social Municipal en la que participaron madres comunitarias, instituciones educativas Y organizaciones juveniles
3. ELABORAR DE MANERA COLABORATIVA EL PLAN INDIVIDUAL DE APOYO A LA INCLUSIÓN (PIAI), REALIZANDO SEGUIMIENTO, REGISTRANDO SUGERENCIAS, RECOMENDACIONES Y COMPROMISOS.	1. Se realizaron 20 caracterizaciones durante este periodo en las cuales se genera el concepto integral del equipo itinerante Regional Cundinamarca, como avance de la construcción del PIAI de los usuarios identificados y caracterizados en los municipios de Soacha, Funza, Chia y Lenguazaque.
4. DESARROLLAR LOS TIPOS DE ACOMPAÑAMIENTO DESCRITOS EN LA GUÍA OPERATIVA PARA LA ATENCIÓN ITINERANTE DE ACUERDO CON LA CARACTERIZACIÓN DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, MUJERES O PERSONAS EN ESTADO DE GESTACIÓN, MUJERES O PERSONAS EN PERIODO DE LACTANCIA, EN COHERENCIA CON EL PLAN INDIVIDUAL DE APOYO A LA INCLUSIÓN (PIAI).	1. Se realizaron 20 acompañamientos iniciales, durante la caracterizaciones de los usuarios intervenidos para este mes, de los usuarios identificados y caracterizados en los municipios de Soacha, Funza, Chia y Lenguazaque.



Proceso Gestión Financiera Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios	F1.P17.GF	05/05/2022
	Versión 8	Página 3 de 4

<p>5. LLEVAR A CABO MENSUALMENTE, MÍNIMO VEINTICINCO (25) ACOMPAÑAMIENTOS, EN EL MARCO DE LAS ORIENTACIONES DESCRITOS EN LA GUÍA Y SUS RESPECTIVOS ANEXOS.</p>	<p>1. Se realizaron 20 caracterizaciones durante este periodo en las cuales se genera el concepto integral del equipo itinerante Regional Cundinamarca, como avance de la construcción del PIAI de los usuarios identificados y caracterizados en los municipios de Soacha (5 menores con Discapacidad), Funza (1 menor con discapacidad), Chia (1 menor con discapacidad) y Lenguazaque (13 menores con discapacidad).</p>
<p>6. APOYAR LA ELABORACIÓN DE PRODUCTOS DE APOYO DE BAJA COMPLEJIDAD, LA GESTIÓN A NIVEL TERRITORIAL RELACIONADAS CON AYUDAS TÉCNICAS Y PROMOVER REDES DE APOYO.</p>	<p>1. Se realizo asistencia técnica virtual por aplicativo team, por parte del equipo de atención Itinerante Centros de apoyo a la Inclusión el día 06/10/2025, con tema Convención para los Derechos Humanos de las personas con Discapacidad.</p>
<p>8. REALIZAR EL REGISTRO DE LOS PARTICIPANTES, ACTIVIDADES, PROCESOS Y ATENCIONES EN LOS INSTRUMENTOS O SISTEMAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DISPUESTOS POR EL ICBF, FACILITANDO EL SEGUIMIENTO Y LOS ANÁLISIS FRENTE A LOS PROCESOS DE ATENCIÓN.</p>	<p>1. Se sube a la carpeta de Centros de Apoyo a la Inclusión de la Regional Cundinamarca, actas de los procesos de articulación realizados en el territorio. 2. Se sube a la carpeta de Caracterizaciones 20 archivos de Centros de Apoyo a la Inclusión de la Regional Cundinamarca, correspondiente a las 20 caracterizaciones realizadas por el Equipo Itinerante.</p>
<p>9. DISEÑAR Y DIFUNDIR MENSUALMENTE MATERIAL A TRAVÉS DE REDES Y CONTACTOS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES Y FAMILIAS, PARTIENDO DE LA HISTORIA DE VIDA, DATOS CURIOSOS, MITOS Y REALIDADES FRENTE A LA DISCAPACIDAD.</p>	<p>1. Se participa en la asistencia técnica realizada el día 03/10/2025 virtual aplicación Teams, sobre la Modalidad Atrapasueños. 2. Se participa en la asistencia técnica realizada el día 10/10/2025 virtual aplicación Teams, sobre Fortalecimiento Técnico por Macrorregionales.</p>
<p>10. DESARROLLAR MECANISMOS DE SISTEMATIZACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO QUE INCLUYAN LA DOCUMENTACIÓN DE EXPERIENCIAS, LA IDENTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS Y LECCIONES APRENDIDAS DE LOS DIFERENTES PROCESOS DE ATENCIÓN QUE SE DESARROLLAN EN EL TERRITORIO</p>	<p>1. Se participa en la asistencia técnica realizada el día 09/10/2025 virtual aplicación Teams, sobre Cuéntame sistema de información del ICBF.</p>
<p>11. PARTICIPAR EN LOS COMITÉS TERRITORIALES O REUNIONES CONVOCADAS E INFORMAR DE LOS AVANCES Y DESAFÍOS DEL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO.</p>	<p>1. Se participa en las Reuniones los días 17/10/2025 y 20/10/2025 liderada por los profesionales Miguel Esteban Rojas y Valentina Robayo correspondientemente, donde se informa sobre los alcances logrados por el equipo Itinerante Centros de apoyo a la Inclusión Regional Cundinamarca y se fijan acuerdos con relación a al cumplimiento de la meta. 2. Se participa en la Reunión el día 24/10/2025 liderada por la Dra. Andrea Jaramillo, donde se informa sobre los alcances logrados por el equipo Itinerante Centros de apoyo a la Inclusión Regional Cundinamarca y se fijan acuerdos con relación al cumplimiento de la meta.</p>



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

13. LAS DEMÁS QUE SEAN NECESARIAS PARA CUMPLIR CON EL OBJETIVO DEL SERVICIO Y PARA LA IMPLEMENTACIÓN SATISFACTORIA DEL MISMO QUE SEAN SOLICITADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

1. Se participa en la Jornada de Inducción para funcionarios nuevos del ICBF, realiza de forma virtual los días 27, 28, 29 y 30 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 25007942025 DEL 2025.

YAREMA PARI MUÑOZ

Firma del Contratista: _____

C.C No.: 52,856,690

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 doscientos treinta y dos mil seiscientos noventa y tres pesos m/cte.,(\$ 4,232,693.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
ANDREA DEL PILAR JARAMILLO AGUIRRE	COORDINADORA GRUPO ASISTENCIA TECNICA	GRUPO ASISTENCIA TÉCNICA	<i>[Firma]</i>

Revisó: _____

Soacha , 04/11/2025

Documento de cobro No 2

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

DEBE A:

MARTHA LIGIA PAEZ MEDINA
NIT. No. 52856690-5

La suma de **cuatro millones doscientos treinta y dos mil seiscientos noventa y tres pesos M/cte. (\$4.232.693)**, por concepto de PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ACOMPAÑAMIENTO Y ORIENTACIÓN PARA MITIGAR O ELIMINAR LAS BARRERAS QUE IMPIDEN LA PLENA INCLUSIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES, JÓVENES, MUJERES Y PERSONAS GESTANTES Y LACTANTES CON DISCAPACIDAD, EN EL MARCO DEL ENFOQUE DIFERENCIAL DE DERECHOS Y LA ESTRATEGIA DE INCLUSIÓN DEL ICBF., del contrato N° **25007942025** del año 2025.

Consignar a la cuenta número 24053985271 del banco BANCO CAJA SOCIAL S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/10/2025	31/10/2025

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692

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)	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,

MARtha PAEZ MEDINA

MARTHA LIGIA PAEZ MEDINA

C.C.: 52856690

Dirección: KR 3 ESTE 26 C 46 46

Celular: 3123439985

Correo Electrónico: martha801129@hotmail.com

No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52856690	MARTHA LIGIA PAEZ MEDINA		Calle 34 # 7-99 Este B. O de San Mateo	3123439985	martha801129@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-10	1	04/11/2025	91060307	\$523.900	

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	211.700	0		0		0	0	0	0	211.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	270.900	0	0	0	0	0	0	0	270.900	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	41.300				41.300	0	0	41.300			413	41.300	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	211.700	211.700
Pensión	1	270.900	270.900
Riesgos Laborales	1	41.300	41.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	523.900	523.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52856690	MARTHA LIGIA PAEZ MEDINA		Calle 34 # 7-99 Este B. O de San Mateo	3123439985	martha801129@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-10	\$523.900				

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	52856690	PAEZ MEDINA MARTHA LIGIA	57	0		N							X										230301	1.693.077	270.900	0	0	0	0	EPS017	1.693.077	211.700	14-23	1.693.077	3	41.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA