



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: 919498

CONTRATO No. 76010002025 Del 06/09/2025

SEDE O REGIONAL: Valle Del Cauca

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 06/09/2025

HASTA: 31/12/2025

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: JENNIFER ORTIZ MONTES

No. Documento de identificación: 67,025,890

Régimen: No Responsable

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: 1076386922

Pago ARL: SI **Nivel ARL(Nivel Riesgo):** 2

Pago No.: 3 / 3.1 **Mes de Pago:** NOVIEMBRE **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	9,838,560.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	2,459,640.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	7,378,920.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	2,459,640.00

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 393325 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4699-1500-3-53105B-4699018-02	27	2,459,640.00

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

APORTES OBLIGATORIOS A SALUD(*):	177,900.00
APORTES OBLIGATORIOS A PENSIÓN (*):	227,700.00
APORTES FSP (*):	0.00
APORTE ARL (*):	14,800.00
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
11/18/2025 3:16:28 PM

Fecha Impresión:
11/18/2025 3:16:33 P

Corrección: 0

F1.P17.GF



3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
1. APOYAR LA APLICACIÓN DE TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL EN EL ARCHIVO DE GESTIÓN DE LA REGIONAL	ESTA ACTIVIDAD SE REALIZA DE ACUERDO AL CRONOGRAMA DEL MES, EL CUAL NO SE REALIZO EN ESTE PERIODO
2. REALIZAR EL SEGUIMIENTO, CONSOLIDACIÓN Y CARGO O ENVÍO DE LAS EVIDENCIAS QUE SOPORTEN EL CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS Y EXTERNOS, MATRICES DE RIESGO, MATRICES DE CONTROL, INDICADORES DE GESTIÓN, ACUERDOS DE GESTIÓN, ACCIONES CORRECTIVAS, REVISIÓN POR DIRECCIÓN, Y DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE REQUIERAN EN TEMAS DE CONTROL, MONITOREO, SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DEL GRUPO ADMINISTRATIVO.	<p>Realice seguimiento y el cargue de las diferentes evidencias en la plataforma de suite visión con vigencia hasta el 30/11/2025 a cargo del grupo administrativo .</p> <p>Las evidencias se pueden verificar en el siguiente https://icbf gob-my.sharepoint.com/my?remotelitem=%7B%22mp%22%3A%7B%22webAbsoluteUrl%22%3A%22https%3A%2F%2Ficbf gob%2Dmy%2Esharepoint%2Ecom%2Fpersonal%2Fjennifer_orti</p>
3. REALIZAR LA CONSOLIDACIÓN, REGISTRO Y GESTIÓN DE LAS CUENTAS DE COBRO DE LOS CONTRATISTAS DEL GRUPO ADMINISTRATIVO DE MANERA MENSUAL.	<p>SE REALIZO EL DEBIDO PROCESO DE APERTURA DE CUENTAS DE COBRO DE LOS CONTRATISTAS DEL GRUPO ADMINISTRATIVO PARA PAGO DEL MES DE NOVIEMBRE, CON LOS DEBIDOS AJUSTES Y REVISION DE EVIDENCIAS.</p> <p>LA EVIDENCIA SE PUEDE VERIFICAR EN EL SIGUIENTE ENLACE: https://icbf gob-my.sharepoint.com/my?remotelitem=%7B%22mp%22%3A%7B%22webAbsoluteUrl%22%3A%22https%3A%2F%2Ficbf gob-my%2Esharepoint%2Ecom%2Fpersonal%2Fjennifer_orti</p>



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

5. APOYAR LA REALIZACIÓN DE LA FASE PRECONTRACTUAL Y SEGUIMIENTO EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LOS CONTRATOS DE MANTENIMIENTO QUE SUPERVISA EL GRUPO ADMINISTRATIVO.	APOYE EN LA SUPERVISION DE LOS DIFERENTES CONTRATOS ACARGO DEL GRUPO ADMINISTRATIVO
6. GESTIONAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA LIQUIDACIÓN Y TRÁMITE DE VIÁTICOS DEL GRUPO ADMINISTRATIVO EN LA HERRAMIENTA DESTINADA PARA TAL FIN.	REALIZE DIFERENTES FORMATOS DE AUTORIZACION Y LEGALIZACION DE VIATICOS DEL GRUPO ADMINISTRATIVO PARA DIFERENTES DESTINOS COMO BUENAVENTURA, ROLDANILLO Y CARTAGO. SE ENVIAN CORREOS ELECTRONICOS COMO SOPORTE DE LEGALIZACION. LA EVIDENCIA SE PUEDE VERIFICAR EN EL SIGUIENTE ENLACE: https://icbf gob-my.sharepoint.com/my?remotelitem=%7B%22mp%22%3A%7B%22webAbsoluteUrl%22%3A%22https%3A%2F%2Ficbf gob-my%2Esharepoint%2Ecom%2Fpersonal%2Fjennifer_ortiz
7. APOYAR LAS LABORES DE GESTIÓN DE ARCHIVO TALES COMO JORNADAS, GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DE ARCHIVO QUE SE ADELANTEN EN LA DEPENDENCIA DONDE SE ENCUENTRA ADSCRITO O DONDE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O COORDINADOR DE GRUPO O CENTRO ZONAL DETERMINE.	ESTA ACTIVIDAD SE REALIZA DE ACUERDO AL CRONOGRAMA Y EN ESTE PERIODO NO SE LLEVA ACABO.
8. ADELANSTAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL.	ENVIE FORMATO DILIGENCIADO DEL TABLERO DE CONTROL CON LOS DATOS CORRESPONDIENTES AL GRUPO ADMINISTRATIVO EN EL MES DE NOVIEMBRE. ENVIE FORMATO DE FICHERO CON LOS DATOS CORRESPONDIENTES AL MES DE NOVIEMBRE DEL GRUPO ADMINISTRATIVO. ASISTI Y APOYE EN EL GET GRUPO ADMINISTRATIVO EL DIA 27 DE NOVIEMBRE . ENVIE INFORME DE DELEGACIONES EL 4 DE NOVIEMBRE CON LOS DATOS DEL GRUPO ADMINISTRATIVO. PARTICIPE EN LA CAPACITACION DE CUENTAS DE COBRO EL DIA 14 DE NOVIEMBRE. APOYE EN EL ENVIO DE DIFERENTES MEMORANDOS. APOYE CON DIFERENTES TRAMITES DE PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS. LA EVIDENCIA SE PUEDE VERIFICAR EN EL SIGUIENTE ENLACE: https://icbf gob-my.sharepoint.com/my?remotelitem=%7B%22mp%22%3A%7B%22webAbsoluteUrl%22%3A%22https%3A%2F%2Ficbf gob-my%2Esharepoint%2Ecom%2Fpersonal%2Fjennifer_orti



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 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 76010002025 DEL 2025.

Firma del Contratista:

JENNIFER ORTIZ

C.C No.: 67,025,890

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 cuatrocientos cincuenta y nueve mil seiscientos cuarenta pesos m/cte.,(\$ 2,459,640.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
DARWIN LOZANO LOZANO	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	GRUPO ADMINISTRATIVO	<i>Darwin Lozano</i>

Revisó: _____

Santiago De Cali , 18/11/2025

Documento de cobro No 3

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

DEBE A:

JENNIFER ORTIZ MONTES
NIT. No. 67025890-0

La suma de **dos millones cuatrocientos cincuenta y nueve mil seiscientos cuarenta pesos M/cte. (\$2.459.640)**, por concepto de PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN RELACIÓN A LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, OPERATIVAS Y ASISTENCIALES EN MATERIA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA REGIONAL VALLE DEL CAUCA DURANTE LA VIGENCIA 2025, del contrato N° 76010002025 del año 2025.

Consignar a la cuenta número 391783735 del banco BANCO DE BOGOTA tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/11/2025	30/11/2025

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 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) • 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 SI

Cordialmente,

JENNIFER ORTIZ MONTES

C.C.: **67025890**
Dirección: **CL 70 C NORTE 1 A 4 95**
Celular: **3172516478**
Correo Electrónico: **jeniferortizmontes@gmail.com**
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-18, 03:19:38 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1076386922

Periodo Cotización:

octubre de 2025

Periodo Servicio:

octubre de 2025

Referencia pago

8823308296

PAGADA 10/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNIFER ORTIZ MONTES		
Documento	CC67025890	Dirección	CL 70 #1 A - 4 95 MANZANARES BLOQUE 208
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3172516478
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	CALI	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COB	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 67025890	JENNIFER ORTIZ MONTES	59	0																		0	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$1,423,500	\$227,800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$1,423,500	\$178,000	1.044	\$1,423,500	\$14,900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$420,700

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, licencias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1,423,500	\$1,423,500	\$1,423,500	\$0	\$227,800	\$178,000	\$14,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$420,700	\$0	\$420,700





Outlook


Tramite financiero Contratistas Noviembre Grupo Administrativo

Desde Darwin Lozano Lozano <Darwin.Lozano@icbf.gov.co>

Fecha Mar 25/11/2025 12:10

Para Jennifer Rodriguez Pena <Jennifer.Rodriguez@icbf.gov.co>; Adriana Daza Dorado <Adriana.Daza@icbf.gov.co>; Monica Ordonez Vasquez <Monica.OrdonezV@icbf.gov.co>

CC Jennifer Ortiz Montes <Jennifer.Ortiz@icbf.gov.co>

 1 archivo adjunto (276 KB)

Planilla 363575.pdf;

Cordial Saludo,

Yo **DARWIN LOZANO LOZANO**, en mi calidad de supervisor del contrato descrito en la planilla número 363575 “**DATOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE FINANCIERO DE LOS PAGOS A CONTRATISTAS SERVICIOS PERSONALES – HONORARIOS**”, de fecha 24 de noviembre anexa al presente, certifico que las personas allí relacionadas han cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados por el colaborador en el mes de Noviembre de 2025 relacionado en la planilla adjunta.

Agradezco la atención prestada...Feliz Día!!.

Agradezco la atención prestada...Feliz Día!!.



DARWIN LOZANO LOZANO

Profesional Universitario-Coordinador

Grupo Administrativo

ICBF Sede Regional Valle del Cauca

AV 2 Nte No 33 AN-45

Teléfono: 602-4882525 Ext. 260200

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

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