## 1.DATOS GENERALES

**INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 361583**

**CONTRATO No**. 23/2020/068 Del 27/01/2020 **SEDE O REGIONAL**: Córdoba

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 27/01/2020 HASTA: 31/12/2020

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **JORGE LUIS VERTEL GUTIERREZ**

No. Documento de identificación: **6,887,702** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **4354660456** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **10 / 11** Mes de Pago: **OCTUBRE** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

## 2. INFORMACION FINANCIERA

| **VALORES** | |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES | **35,651,939.00** |
| HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA) | **0.00** |
| HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA) | **3,202,270.00** |
| PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO | **29,247,399.00** |
| **SALDO PENDIENTE POR PAGAR** | **6,404,540.00** |

**Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 21120 Nro de Factura:**

| Identificador Presupuestal | Recurso | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| C-4102-1500-18-0-4102040-02 | 21 | **3,202,270.00** |

| **APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL** | |
|---|---|
| APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*): | **160,100.00** |
| APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*) | **204,900.00** |
| FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*): | **0.00** |
| APORTE VOLUNTARIO AFC (*): | **0.00** |
| APORTE ARL (*): | **13,373.00** |

(*) 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 |
|---|---|
| APOYAR EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES PACTADAS EN LOS CONTRATOS Y/O CONVENIOS SUSCRITOS POR EL ICBF PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA. | Se realizó llamadas de verificación de entrega en el Municipio de Montería aplicando el instrumento Ración Para Preparar RPP, haciendo seguimiento de las obligaciones contractuales de las siguientes EAS: FUNDACION MI ALEGRE INFANCIA, ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL PROGRAMA HCB DEL BARRIO P CINCO SECTOR 3, ASOCIACION DE USUARIOS DEL PROGRAMA HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR DE SANTA CLARA, y FUNDACION AMOR FE Y ESPERANZA. |
| REALIZAR VISITAS DE APOYO A LA SUPERVISIÓN A LAS UDS Y EAS ASOCIADAS A LOS CONTRATOS DE APORTE O CONVENIOS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA, VERIFICANDO LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, Y LAS CONDICIONES DE CALIDAD, DE ACUERDO AL LINEAMIENTO, LOS MANUALES OPERATIVOS Y DILIGENCIANDO CON CALIDAD REALIZANDO LA GEORREFERENCIACIÓN DE TODAS LAS UDS Y EAS VISITADAS, DANDO CUMPLIMIENTO A LOS CRONOGRAMAS DE VISITAS Y REPORTES PREVIAMENTE ESTABLECIDOS POR LA DIRECCIÓN DE PRIMERA INFANCIA, LOS INSTRUMENTOS DISEÑADOS Y SUMINISTRADOS POR LA DIRECCIÓN DE PRIMERA INFANCIA, ASEGURANDO LA TRANSPARENCIA EN LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS Y EL ADECUADO DESARROLLO DEL PROCESO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO POR EL MANUAL OPERATIVO DE CADA MODALIDAD DE ATENCIÓN, MINUTA CONTRACTUAL, ASÍ COMO ORIENTACIONES BRINDADAS DESDE EL NIVEL NACIONAL. | 1 ASOCIACION DE USUARIOS DEL PROGRAMA HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR DE SANTA CLARA NIT800182233, CONTRATO 23001992020: LLAMADAS EFECTIVAS 14.<br><br>2 FUNDACION AMOR FE Y ESPERANZA NIT 823005303, CONTRATO 23001402020; LLAMADAS EFECTIVAS 31 Y FALLIDAS 50.<br><br>3 ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL PROGRAMA HCB DEL BARRIO P CINCO SECTOR, CONTRATO 23002002020, LLAMADAS EFECTIVAS 25, FALLIDAS 60: VENTANITAS AL FUTURO 2300100078984; MANITOS TIERNAS 2300100084737; MIS BELLOS GENIOS 2300100084569; MI PEQUEÑO REDIL 2300100084592; LOS MARINEROS 2300100084563, LUZ CLARITA 2300100089143; PEQUEÑOS EXPLORADORES 2300100084559, MIS CHICOS LINDOS2300100072657.<br><br>4 FUNDACION MI ALEGRE INFANCIA NIT 900380395, CONTRATO 23002472020, LLAMADAS EFECTIVAS 4, FALLIDAS 10: HCBI NIÑOS FELICES 2300100053120; NUESTRO FUTURO 2300100053419. |
| RESPONDER OPORTUNAMENTE A LA SOLICITUD DE INFORMES, INFORMACIÓN, ENTRE OTROS RELACIONADOS CON EL EJERCICIO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN, QUE SE REALICEN DESDE LA DIRECCIÓN DE PRIMERA INFANCIA Y LA DIRECCIÓN REGIONAL. | 1 Se realiza mediante llamadas seguimiento nutricional de niños y niñas usuarios de las EAS: FUNDACION MI ALEGRE INFANCIA, ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL PROGRAMA HCB DEL BARRIO P CINCO SECTOR 3, ASOCIACION DE USUARIOS DEL PROGRAMA HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR DE SANTA CLARA, y FUNDACION AMOR FE Y ESPERANZA. |
| APOYAR EL CUMPLIMIENTO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LOS INDICADORES DEL ESQUEMA DE APOYO A LA SUPERVISIÓN, REALIZANDO LA GESTIÓN Y ACCIONES REQUERIDAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL EJERCICIO, ACATANDO LA GUÍA ORIENTADORA PARA EL APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA, ASÍ COMO LOS DOCUMENTOS QUE ORIENTEN EL PROCESO. | 1 En el ejercicio de seguimiento y verificación realizada mediante las llamadas, se verifica los alimentos recibidos cumpliendo con lo aprobado en la minuta de ICBF, y se lleva a cabo entrevista no estructurada con las madres de familia y/o cuidadores. |

| | |
|---|---|
| MANTENER ACTUALIZADA LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS RESULTADOS DE LAS VISITAS DE APOYO A LA SUPERVISIÓN EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF Y CARGUES DE LOS MISMOS EN LOS TIEMPOS Y CONDICIONES DE CALIDAD ESTABLECIDOS POR LA DIRECCIÓN DE PRIMERA INFANCIA DE LA SEDE DE LA DIRECCIÓN GENERAL. | Se llevó a cabo el diligenciamiento la matriz de consolidación de la información de las llamadas realizadas para verificar la entrega de la Ración Para Preparar RPP. |
| ASISTIR A LAS REUNIONES Y COMITÉS QUE SEAN CONVOCADOS EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL ESQUEMA DE APOYO A LA SUPERVISIÓN PARA LA GARANTÍA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA, CONVOCADAS DESDE LA SEDE DE LA DIRECCIÓN NACIONAL, DIRECCIÓN REGIONAL Y CENTROS ZONALES. | 1 Comité Operativo con la Entidad Administradora de Servicio Corporación Educativa Colegio Gran Colombia.<br><br>2 Jornada de Entrenamiento y Cualificación en la Verificación de condiciones de calidad y el sentido del Componente Familia, Comunidad y Redes.<br><br>3 Comité Operativo con la Entidad Administradora de Servicio Asociación Usuarios HCB El Prado.<br><br>4 Socialización indicador PA 10 ciclo octubre.<br><br>5 Verificación de las condiciones de calidad y el sentido del Componente Proceso Pedagógico. |

**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 23/2020/068 DEL 2020.**

Firma del Contratista:_____

C.C No.: 6,887,702

**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 tres millones doscientos dos mil doscientos setenta pesos m/cte.,($ 3,202,270.00).**

**FIRMA:**

| NOMBRE | CARGO | DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LESVIA ISABEL RUIZ MARQUEZ | COORDINADORA | CENTRO ZONAL MONTERIA | |

**Revisó:**_____

*MONTERIA, 21/10/2020*

*Documento de cobro No* ***10***

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

*DEBE A:*

***JORGE LUIS VERTEL GUTIERREZ***
***NIT. No. 6887702-0***

*La suma de* ***tres millones doscientos dos mil doscientos setenta pesos M/cte****. (****$3.202.270****), por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA SUPERVISIÓN EN LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO, MONITOREO Y CONTROL TÉCNICO DE LOS CONTRATOS DE APORTE SUSCRITOS EN LA REGIONAL, PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA EN TODAS LAS MODALIDADES Y SERVICIOS, del contrato* ***N° 23/2020/068*** *del año 2020.*

Consignar a la cuenta número 09100000356 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

| Periodo de Pago Desde | Periodo de Pago Hasta |
|---|---|
| 01/10/2020 | 31/10/2020 |

***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* | *NO* |
| | *• 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* |
| 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

***JORGE LUIS VERTEL GUTIERREZ***
*C.C.:* ***6887702***
*Dirección:* ***CL 38 0 Q BIS Q 0 ESTE NUEMERO 7W47***
*Celular:* ***3225931255***
*Correo Electrónico:* ***JLVERTEL@HOTMAIL.COM***
*No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas*

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 6887702 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JORGE LUIS VERTEL GUTIERREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CLL 38 N 7 47 BR JUAN XXIII | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4354660456** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | septiembre | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | septiembre |
| | AÑO: | 2020 | | AÑO: | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2020/10/20 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9992358504 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 206.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 206.100** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 161.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 161.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 13.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 13.500** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 380.600** |