



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 5

1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 988635

CONTRATO No. 76005282026 Del 24/01/2026

SEDE O REGIONAL: Valle Del Cauca

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 24/01/2026

HASTA: 30/08/2026

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **NATALIA RODRIGUEZ HERNANDEZ**

No. Documento de identificación: **1,143,836,632**

Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **4650289079-4651115228**
1

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

Pago No.: **4 / 8** Mes de Pago: **ABRIL** 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	30,898,342.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	4,119,779.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	14,419,226.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	16,479,116.00

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 80826 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-10-704040-4602013-02	21	4,119,779.00

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

APORTES OBLIGATORIOS A SALUD(*):	218,863.00
APORTES OBLIGATORIOS A PENSIÓN (*)	280,145.00
APORTES FSP (*):	0.00
APORTE ARL (*):	9,140.00
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	0.00
APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIÓN VOLUNTARIA (*):	0.00
CUENTA DE AHORRO AVC (*):	0.00

Fecha Creación
4/21/2026 3:11:56 PM

Fecha Impresión:
4/21/2026 3:12:04 PM

Corrección: 0

F1.P17.GF

(*) 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 A LA DEFENSORÍA DE FAMILIA EN LA EMISIÓN DE CONCEPTOS SOBRE EL ESTADO DE GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES QUE SEAN REQUERIDAS POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA.	Durante el mes de abril, realicé apoyo a la defensoría de la doctora Vanessa Zuñiga Correa, emitiendo los conceptos correspondientes a los casos que fueron atendidos y en los que, además, se verificaron los derechos.
2. REALIZAR DE MANERA OPORTUNA LAS VALORACIONES SOCIO FAMILIARES SOLICITADAS POR LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS COMPETENTES, EMITIENDO EL CONCEPTO CON CARÁCTER DE DICTAMEN PERICIAL QUE SEAN REQUERIDOS EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LOS PROCESOS O DEL TIPO DE TRÁMITE ORDENADO PARA LA GARANTÍA Y RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.	Durante el mes de abril no fueron requeridas valoraciones sociofamiliares dentro de los procesos que se están llevando a cabo, sin embargo, se realizaron informes de otro índole, como son los informes de seguimiento, actas por reportes de novedades, informes de situación actual, informes de fallo, entre otros.
3. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ÓRDENES JUDICIALES QUE LE SEAN ASIGNADAS EN EL MARCO DEL OBJETO CONTRACTUAL Y EN LOS TÉRMINOS CORRESPONDIENTES, ASÍ COMO ASISTIR A LAS AUDIENCIAS EN DONDE SEA CITADO.	Durante el mes de abril, se realizaron los informes de seguimiento, fallo y sanción solicitadas por la autoridad correspondiente. Además de ello, se realizaron visitas domiciliarias para corroborar la información en el contexto en el que se encuentran los adolescentes y jóvenes adscritos a la defensoría de la doctora Vanessa Zuñiga.
4. MANTENER UNA ARTICULACIÓN PERMANENTE CON LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DE LOS OPERADORES DE LAS MODALIDADES Y SERVICIOS DE PROTECCIÓN, A FAVOR DE LA RETROALIMENTACIÓN EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES CON EL FIN DE OBTENER INSUMOS PARA EMITIR LOS CONCEPTOS SOLICITADOS POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA, DE ACUERDO CON LA LEY Y LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES PARA LA ATENCIÓN.	Durante el mes en curso, se realizaron estudios de caso en los cuales se evaluaron las condiciones actuales de los adolescentes y jóvenes adscritos al PROYECTO SUEÑOS en pro de generar conceptos respecto a las necesidades de cada uno en los que participó tanto el equipo interdisciplinario del CAE Valle del lili (para los casos que se encuentran privados de la libertad) como las familias de los NNAJ que se encuentran en medio familiar y el equipo interdisciplinario de la defensoría de familia del ICBF.

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 5

5. APOYAR AL EQUIPO TÉCNICO INTERDISCIPLINARIO DE LA DEFENSORÍA DE FAMILIA EN LA MATERIALIZACIÓN DE LAS ACTUACIONES PERTINENTES FRENTE AL SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DECRETADAS POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA, DESDE EL ÁREA PROFESIONAL DE SU COMPETENCIA, ADELANTANDO, ENTRE OTRAS, LA PROGRAMACIÓN, REALIZACIÓN Y REPORTE DE VISITAS PRESENCIALES MENSUALES A LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VINCULADOS LA MODALIDADES DE ATENCIÓN EN MEDIO DIFERENTE A LA FAMILIA, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL PARÁGRAFO TERCERO DEL ARTÍCULO 53 DE LA LEY 1098, ADICIONADO POR EL ARTÍCULO 46 DE LA LEY 2126 DE 2021.	Durante el mes de abril, se realizaron visitas domiciliarias a los adolescentes y jóvenes adscritos a la defensoría número 11 en pro de realizar las valoraciones y seguimientos de manera presencial en los núcleos familiares en los cuales se identifican las condiciones socio-habitacionales y económicas en las cuales que se encuentran los usuarios. A partir de ello, se realizan los informes correspondientes teniendo en cuenta la solicitud realizada por parte de la autoridad administrativa. Adicional a esto, se realizan las atenciones pertinentes ante las novedades que presentan las y los NNAJ dentro del CAE Valle del Lili
6. PARTICIPAR EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y TRABAJO QUE SE PROGRAMEN EN EL CENTRO ZONAL, ASUMIENDO LOS COMPROMISOS ESPECÍFICOS QUE SE ESTABLEZCAN EN ESTOS ESPACIOS.	En el mes de abril participé del GET programado el día 23 donde se abordaron temas relacionados con el sistema de seguridad en la información, seguridad y salud en el trabajo, entre otros en el centro zonal restaurar.
7. GENERAR RECOMENDACIONES FRENTE A LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE ESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LOS ESPACIOS TÉCNICOS A LOS QUE SEA CONVOCADO.	Teniendo en cuenta los procesos adjudicados a la defensoría N°11, se realizan las recomendaciones pertinentes a través de los informes de seguimiento de los adolescentes y jóvenes que lo requieren.
8. BRINDAR INSUMOS O RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS QUE REALICEN LOS ÓRGANOS DE CONTROL RESPECTO DE PROCESOS DE ESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES DE ACUERDO CON SUS COMPETENCIAS Y ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONTRATO.	Teniendo en cuenta las solicitudes realizadas por la sede nacional y además la situación coyuntural de cada caso, se realizan las acciones pertinentes para atenderlas dentro de los tiempos estipulados.
9. REALIZAR TODAS LAS ACTIVIDADES DE GESTIÓN DOCUMENTAL, EN LOS TÉRMINOS LEGALES VIGENTES SOBRE LA MATERIA, CON LOS ARCHIVOS, FÍSICOS Y MAGNÉTICOS, QUE GENERE Y/O DEBA TRAMITAR CON OCASIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRATADAS.	Apoyé en las actividades de gestión documental, archivando y foliando carpetas de los usuarios que se encuentran activos en las defensorías adscritas al centro zonal restaurar.

Proceso Gestión Financiera
**Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación
de Servicios - Honorarios**

F1.P17.GF

05/05/2022

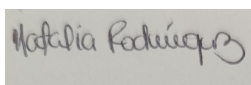
Versión 8

Página 4 de 5

10. REGISTRAR CON OPORTUNIDAD LAS ACTUACIONES REALIZADAS EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL-SIM DEL ICBF.	Registré las valoraciones sociofamiliares, informes de fallo, seguimientos que atendí bajo mi nombre al sistema de información misional – SIM del ICBF. Adicional a ello, registré las actuaciones de informes de seguimiento PLATIN que reportan los operadores teniendo en cuenta el proceso de cada uno de los usuarios.
11. GUARDAR Estricta CONFIDENCIALIDAD RESPECTO DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y AQUELLA DE TERCEROS A LA QUE TENGA ACCESO EN EL MARCO DE LA GESTIÓN CONTRATADA. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN ES CALIFICADO POR LAS PARTES QUE FIRMAN ESTE CONTRATO COMO GRAVE Y DARÁ LUGAR A LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD DEL CONTRATO DE ACUERDO CON EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN LA LEY.	Se tienen en cuenta las capacitaciones para aplicar los procesos y procedimientos relacionados con el SIGE.
12. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA SUPERVISIÓN Y QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	Durante el mes de abril tuve en cuenta las indicaciones brindadas por parte de la autoridad administrativa y realicé las gestiones solicitadas.
13. APOYAR LAS ACTUACIONES CORRESPONDIENTES A LA ACTIVACIÓN DE LAS RUTAS DE ATENCIÓN CON LOS ACTORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR.	Durante el periodo evaluado no se realizó dicha actividad.
14. GESTIONAR ACCIONES EN EL MARCO DE LAS MEDIDAS DECRETADAS POR LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS Y JUDICIALES PARA GARANTIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO A LA FAMILIA DEL NIÑO, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES QUE LO REQUIERAN.	Realicé visitas domiciliarias y visitas al CAE en pro de brindar acompañamiento tanto a la familia como a los adolescentes y jóvenes teniendo en cuenta cada una de sus particularidades.

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 76005282026 DEL 2026.



Firma del Contratista:

C.C No.: 1,143,836,632



Proceso Gestión Financiera
Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios

F1.P17.GF

05/05/2022

Versión 8

Página 5 de 5

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 ciento diecinueve mil setecientos setenta y nueve pesos m/cte.,(\$ 4,119,779.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
ELIANA SIERRA GOMEZ	COORDINADORA	CZ RESTAURAR	

Revisó: _____

Santiago De Cali , 21/04/2026

Documento de cobro No 4

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

DEBE A:

NATALIA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ
NIT. No. 1143836632-3

La suma de **cuatro millones ciento diecinueve mil setecientos setenta y nueve pesos M/cte. (\$4.119.779)**, por concepto de Prestar Servicios Profesionales En El Área De Trabajo Social O Desarrollo Familiar En La Defensoría De Familia Del Centro Zonal Restaurar De La Regional Valle Del Cauca, Para Apoyar Los Trámites En La Garantía, Restablecimiento De Derechos Y Medidas De Protección A Favor De Los Niños, Niñas, Adolescentes Y Jóvenes., del contrato **N° 76005282026** del año 2026.

Consignar a la cuenta número 147866755 del banco BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/04/2026	30/04/2026

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 8699

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, \$ 69.718.600,00)	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 (\$ 174.296.500,00 - 2025) (\$ 183.309.000,00 - 2026) con el sector privado o 4.000 UVT (\$ 199.196.000,00 - 2025) (\$ 209.496.000,00 - 2026) 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 (\$ 174.296.500,00 - 2025) (\$ 183.309.000,00 - 2026) 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 (\$ 209.496.000,00 - 2026) (\$ 199.196.000,00 - 2025)	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)	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,

NATALIA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

C.C.: 1143836632

Dirección: KR 10 S 4 36 CARRERA 10 SUR 4 36

Celular: 3157226902

Correo Electrónico: nataliarhy@hotmail.com

No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1143836632	NÚMERO PLANILLA:	4650289079	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NATALIA RODRIGUEZ HERNANDEZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE	DÍAS DE MORA:	0		
DIRECCIÓN:	CL 4A # 95- 46	TELÉFONO:	3325390	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996426344
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200	
SUBTOTALES:										\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200	

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	
SUBTOTALES:										\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES						
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO			
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 9.200	\$ 9.200	\$ 0	\$ 0	\$ 9.200			
SUBTOTALES:										\$ 9.200	\$ 0	\$ 0	\$ 9.200		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU									
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT			IBC	COTIZACIÓN					VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC
1	CC 1143836632	RODRIGUEZ HERNANDEZ NATALIA	INDEPENDIENTE	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	\$ 1.750.905				NO																		230301-PORVENIR	30	1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.750.905	\$ 114383663	\$ 9.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 508.300

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA													
NÚMERO PLANILLA:				4651115228		TIPO DE PLANILLA:				N-CORRECCIONES			
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:		MES:	abril	AÑO:	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:				MES:	abril	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0											
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/21		NÚMERO AUTORIZACIÓN:						9996526082			
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		4650289079		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:						2026/04/13			

TOTAL PAGADO:	\$ 9.100
----------------------	-----------------



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

REGIONAL: Valle Del
Cauca

DEPENDENCIA: C.Z. Restaurar

PLANILLA No. 393450

FECHA: 4/23/2026 11:06:59 AM

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	988925	Vigencia Actual	7600019202 6	34315527	LEYDY BASILIA BONILLA BARCO	11226	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	21	4	\$4,121,850.00		
2	988862	Vigencia Actual	7600029202 6	1144047070	JOHANNA MONDRAGON BONILLA	20326	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	21	4	\$4,121,856.00		
3	990408	Vigencia Actual	7600283202 6	1113658900	JOSE DAVID MUÑOZ BONILLA	64226	C-4602-1500-10-704040-4602013-02	21	4	\$2,242,772.00		
4	988384	Vigencia Actual	7600285202 6	1114837741	JESSICA MARIA ANGULO SOLIS	64326	C-4602-1500-10-704040-4602013-02	21	4	\$2,242,772.00		
5	987712	Vigencia Actual	7600325202 6	1193074033	CARMEN JULIANA HURTADO FONNEGRA	64826	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	21	4	\$4,119,786.00		
6	988635	Vigencia Actual	7600528202 6	1143836632	NATALIA RODRIGUEZ HERNANDEZ	80826	C-4602-1500-10-704040-4602013-02	21	4	\$4,119,779.00		


NOMBRE Y FIRMA DEL ENCARGADO DEL AREA


NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE PAC


NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO AREA FINANCIERA



AUTORIZACION DE PAGO MES DE ABRIL

Desde Eliana Sierra Gomez <Eliana.Sierra@icbf.gov.co>

Fecha Vie 24/04/2026 9:24

Para Jennifer Rodriguez Pena <Jennifer.Rodriguez@icbf.gov.co>

CC Carmen Juliana Hurtado Fonnegra <Carmen.Hurtado@icbf.gov.co>; Jessica Maria Angulo Solis <Jessica.AnguloS@icbf.gov.co>; Jose David Munoz Bonilla <Jose.Munoz@icbf.gov.co>; Leydy Basilia Bonilla Barco <Leydy.Bonilla@icbf.gov.co>; Johanna Mondragon Bonilla <Johanna.Mondragon@icbf.gov.co>; Natalia Rodriguez Hernandez <Natalia.RodriguezH@icbf.gov.co>; Juan Pablo Castro Idrobo <Juan.Castro@icbf.gov.co>

 1 archivo adjunto (479 KB)

Planilla_de_pagos_a_contratistas_Regional_Valle Del Cauca_Area_C.Z. Restaurar20260423 (002).pdf;

Doctora

JENNIFER RODRIGUEZ PENA

Tesorera Grupo Financiero

ICBF Regional Valle del Cauca

Cordial Saludo

En calidad de supervisora de los contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo 76000192026, 76000292026, 76002832026, 76002852026, 76003252026 y 76005282026, se remite autorización de pago para el mes de abril de 2026.

Yo, **ELIANA SIERRA GOMEZ**, en mi calidad de supervisora del contratos descritos en la planilla 393450 "DATOS REQUERIDOS PARA EL TRAMITE FINANCIERO DE LOS PAGOS A CONTRATISTAS SERVICIOS PERSONALES – HONORARIOS", de fecha de 23 de abril de 2026, anexa al presente, certifico que la persona allí relacionada ha cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados por la colaboradores contratistas en el periodo ABRIL DE 2026, relacionados en la planilla adjunta.

Cordialmente,

Cordialmente,

**Eliana Sierra Gomez**

Profesional Universitario Con Funciones de Coordinación CZ Restaurar

ICBF Centro Zonal Restaurar - Regional Valle del Cauca

Calle 11 No. 6-24 Edificio BIC Piso 8

Teléfono 6024882525 Ext. 275000

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **RESERVADA**

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