



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

<b>F1.P17.GF</b>	<b>05/05/2022</b>
<b>Versión 8</b>	<b>Página 1 de 2</b>

### 1.DATOS GENERALES

**INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 989037**

**CONTRATO No.** 13003452026 Del 28/01/2026 **SEDE O REGIONAL:** Bolívar  
**PLAZO DE EJECUCION DESDE:** 01/02/2026 **HASTA:** 05/12/2026  
**NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA:** **PAULA ALEJANDRA CORREA SILGADO**  
**No. Documento de identificación:** **1,063,139,272** **Régimen:** **No Responsable**  
**No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión:** **9502772838** **Pago ARL:** **SI** **Nivel ARL(Nivel Riesgo):** **3**  
**Pago No.:** **2 / 10** **Mes de Pago:** **MARZO** **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	<b>27,493,340.00</b>
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	<b>0.00</b>
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	<b>2,704,263.00</b>
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	<b>5,408,526.00</b>
<b>SALDO PENDIENTE POR PAGAR</b>	<b>22,084,814.00</b>

**Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 62826 Nro de Factura:**

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-9-704020-4602020-02	10	<b>2,704,263.00</b>

#### APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

APORTES OBLIGATORIOS A SALUD(*):	<b>218,863.00</b>
APORTES OBLIGATORIOS A PENSIÓN (*):	<b>280,145.00</b>
APORTES FSP (*):	<b>0.00</b>
APORTE ARL (*):	<b>42,652.00</b>
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	<b>0.00</b>
APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIÓN VOLUNTARIA (*):	<b>0.00</b>
CUENTA DE AHORRO AVC (*):	<b>0.00</b>

(\* 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  
4/21/2026 8:33:56 PM

Fecha Impresión:  
4/21/2026 8:34:36 PM

Corrección: 0

**F1.P17.GF**



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

F1.P17.GF

05/05/2022

Versión 8

Página 2 de 2

**3. INFORME DE ACTIVIDADES**

Obligación Contractual	Producto
3. REALIZAR EL TAMIZAJE NUTRICIONAL DE LAS NIÑAS, LOS NIÑOS, MUJERES Y PERSONAS GESTANTES PARTICIPANTES DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN CONCORDANCIA CON LA FRECUENCIA Y ACCIONES DEFINIDA EN LAS GUÍAS OPERATIVAS DE CADA SERVICIO Y DEMÁS ORIENTACIONES ESTABLECIDAS POR EL ICBF.	Registro e informe del tamizaje nutricional aplicado a los niños y niñas, con análisis de resultados y seguimiento según lineamientos del ICBF.

**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 13003452026 DEL 2026.

Firma del Contratista: \_\_\_\_\_

C.C No.: 1,063,139,272

**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 setecientos cuatro mil doscientos sesenta y tres pesos m/cte.,(\$ 2,704,263.00).

**FIRMA:**

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
EVA ALVAREZ LIGARDO	COORDINADORA	CENTRO ZONAL DE LA VIRGEN Y TURISTICO	

Revisó: \_\_\_\_\_

Cartagena, 21/04/2026

Documento de cobro No 2

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

DEBE A:

**PAULA ALEJANDRA CORREA SILGADO**  
**NIT. No. 1063139272-5**

La suma de **dos millones setecientos cuatro mil doscientos sesenta y tres pesos M/cte. (\$2.704.263)**, por concepto de Prestar Servicios En Las Unidades De Servicio De Atención Directa A La Primera Infancia Que Le Sean Asignadas Por La Dirección Regional, Desde Las Actividades Relacionadas Con El Perfil Profesional En Nutrición Y Dietética, Conforme A Los Lineamientos, Manuales, Protocolos Y Guías Vigentes Aplicables A La Modalidad O Servicio Correspondiente., del contrato N° 13003452026 del año 2026.

Consignar a la cuenta número 91239363038 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/03/2026	31/03/2026

**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
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	• <b>PAGO MES ANTICIPADO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b> He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con <b>los ingresos recibidos con la presente cuenta de cobro</b> , 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. ( <b>Pago anticipado de seguridad social, aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta</b> )	SI
	• <b>PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b> He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con <b>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)</b>	NO

Cordialmente,



**PAULA ALEJANDRA CORREA SILGADO**

C.C.: **1063139272**

Dirección: **TV 54 N80 86 3**

Celular: **3046736071**

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

*No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas*



## Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,600	\$0	\$0	\$10,600
COMFENALCO CARTAGENA	CCF08	890,480,023	7	1	\$10,600	\$0	\$0	\$10,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$518,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$518,900</b>



¡Hola, PAULA ALEJANDRA CORREA SILGADO!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 518.900

Empresa: **APORTES EN LINEA**

Descripción: Pago de la Planilla de **aportes** con clave:  
9502772838

Fecha de la transacción: 07/04/2026

CUS: 202193233

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

- En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
- Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



2. Concepto  0  1 Inscripción

4. Número de formulario

141225736341



(415)7707212489984(8020) 000014122573634 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 3 1 3 9 2 7 2

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Cartagena

14. Buzón electrónico

6

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 6 3 1 3 9 2 7 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

San Antero

6 7 2

31. Primer apellido

CORREA

32. Segundo apellido

SILGADO

33. Primer nombre

PAULA

34. Otros nombres

ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bolívar

1 3

40. Ciudad/Municipio

Cartagena

0 0 1

41. Dirección principal

CON AP Condominio carioca, conjunto Iguazu

42. Correo electrónico

paulacsilgado@gmail.com

43. Código postal

1 3 0 0 0 6

44. Teléfono 1

3 0 4 6 7 3 6 0 7 1

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 5 0 6 0 7

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

## Otras actividades

## Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

54. Código

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO 

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2025-12-17 / 10:20:46AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CORREA SILGADO PAULA ALEJANDRA

985. Cargo Contribuyente