



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: 1001073

CONTRATO No. 68005302026 Del 30/01/2026

SEDE O REGIONAL: Santander

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 01/02/2026

HASTA: 06/11/2026

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **LUZ CLEMENCIA ORDUZ MENDOZA**

No. Documento de identificación: **28,337,790**

Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **8641123667**

Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **3**

Pago No.: **3 / 10** Mes de Pago: **ABRIL** Declarante de Renta: **SI** 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	24,891,466.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	2,704,263.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	8,112,789.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	16,778,677.00

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 62226 Nro de Factura:

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

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 (*):	42,652.00
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
5/4/2026 11:26:42 AM

Fecha Impresión:
5/4/2026 11:26:46 AM

Corrección: 0

F1.P17.GF

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
1. ELABORAR E IMPLEMENTAR UN PLAN DE TRABAJO EN COHERENCIA CON EL COMPONENTE DE SALUD Y NUTRICIÓN DE ACUERDO CON EL MANUAL OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA.	Se elabora el mes anterior, el plan de trabajo con cronograma para dar cumplimiento al componente de Salud y Nutrición.
2. ACOMPAÑAR, APOYAR Y HACER SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE ATENCIONES PRIORIZADAS RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE CALIDAD DEL COMPONENTE DE SALUD Y NUTRICIÓN EN PRO DE LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS	Se actualiza el cuadro control de garantía de derechos de los niños y las niñas del CDI Nuestra Señora de la Salud de Páramo y CDI Mis Primeros Pasos de San Gil
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.	Se realiza tamizaje nutricional, a los niños y niñas que ingresan a los Centros de Desarrollo Infantil de Páramo y San Gil. Se realiza seguimiento nutricional a los 13 padres de niños y niñas, en riesgo de desnutrición y se consigna en el formato de novedades la información correspondiente y se carga en al ruta los soportes correspondientes
4. REALIZAR OPORTUNAMENTE LA SOLICITUD DE ALIMENTOS EN LOS FORMATOS DEFINIDOS, SEGÚN LA FRECUENCIA Y CANTIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO DE LA COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA A LAS Y LOS PARTICIPANTES DE SO SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	Se elabora lista de mercado en el formato establecido por el ICBF, semanalmente, con las cantidades estipuladas para la atención de los niños y niñas focalizados, y con el cumplimiento de la minuta patron por grupo etario, establecida para la modalidad.
5. PLANEAR E IMPLEMENTAR DE MANERA CONJUNTA Y CONTINUA CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR ACCIONES DE FORTALECIMIENTO PEDAGÓGICAS ALREDEDOR DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO Y HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE CON ENFOQUE DIFERENCIAL, FAVORECIENDO LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN DE LAS Y LOS PARTICIPANTES DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA.	Se participa de la reunión de planeación pedagógica, para la atención en el CDI Mis primeros Pasos y Nuestra señora de la Salud.
6. REALIZAR EL DISEÑO DE LA COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA A SUMINISTRAR EN LAS UNIDADES DE SERVICIO DE PRIMERA INFANCIA A PARTIR DE LAS MINUTAS PATRÓN QUE DEFINA EL ICBF Y QUE CONTRIBUYAN A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD Y EL DERECHO HUMANO A UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA – DHAA.	Con los padres de familia de los participantes se realiza ejercicio de socialización de ciclo de menú y se comparten las actividades pedagógicas a desarrollar en el marco del plan de Educación Alimentaria ay Nutricional para favorecer la docpion de hábitos saludables, para los niños y las niñas de CDI de Paramo y CDI de San Gil; teniendo en cuenta los lineamientos de la minuta patrón y la guía de derecho humano a la alimentación adecuada

7. APORTAR EN EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DEL EQUIPO DE TRABAJO BRINDANDO LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS Y GESTIÓN RELACIONADAS CON SALUD, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, CONFORME CON LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL OPERATIVO Y EL COMPONENTE DE SALUD Y NUTRICIÓN.	Se realiza ejercicio de construcción de acciones enmarcadas en la Educación alimentaria y Nutricional para favorecer los hábitos saludables en casa
8. ADELANTAR ACCIONES DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO DE LA PRÁCTICA DE LACTANCIA HUMANA, ASÍ COMO LOS PROCESOS DE EXTRACCIÓN MANUAL, CONSERVACIÓN Y SUMINISTRO DE LA LECHE HUMANA PARA LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS, DE ACUERDO CON EL MANUAL OPERATIVO Y LAS DEMÁS ORIENTACIONES DEL COMPONENTE DE SALUD Y NUTRICIÓN.	Se brinda información y se promueve el uso de la sala de lactancia para que las madres acudan a ofrecer leche materna a sus hijos en cada CDI
9. ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES, MESAS DE TRABAJO, COMITÉS INTERNOS Y EXTERNOS RELACIONADOS CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	Se participa de las actividades programadas por el centro zonal, así como de la actividad de fortalecimiento del operador de alimentos, acorde a la citación realizada por el centro zonal.
10. GESTIONAR, RECOLECTAR, CONSOLIDAR, Y ALIMENTAR LA INFORMACIÓN DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DE LOS PARTICIPANTES, EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN CUÉNTAME O EL QUE DEFINA EL ICBF.	Se realiza el cargue de la información correspondiente a corte 30 de abril, de los niños y las niñas que ingresaron en el período, así como también, del seguimiento nutricional que se lleva en los niños y las niñas con desnutrición aguda; con el usuario de Laura.morenog, debido a que aún no se cuenta con usuario para este perfil, y se digitaliza acorde a las indicaciones del centro zonal San Gil.
11. APOYAR EL MANEJO ADECUADO DE LOS ARCHIVOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS Y LA DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN LA LEGISLACIÓN VIGENTE, TENIENDO ABSOLUTA RESERVA DE LA INFORMACIÓN QUE MANEJE O A LA QUE TENGA ACCESO DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EVITANDO SU DESTRUCCIÓN O UTILIZACIÓN INDEBIDA; EN CASO DE CUALQUIER DAÑO GENERADO, PÉRDIDA PARCIAL O TOTAL DE LA DOCUMENTACIÓN, DEBERÁ INFORMAR DE MANERA INMEDIATA AL SUPERVISOR Y REALIZAR RECONSTRUCCIÓN DE LOS DOCUMENTOS Y/O EXPEDIENTES RESPECTIVOS.	Se da cumplimiento a la obligación, revisando la documentación y resguardando la integridad física de los documentos
12. VERIFICAR Y GESTIONAR LAS ACCIONES PERTINENTES RESPECTO DEL ABASTECIMIENTO, CONSERVACIÓN Y DISPOSICIÓN DEL ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL – AAVN; ASÍ COMO LA CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS EN GENERAL.	Se almacena y usa AAVN consumo de Abril, y se diligencia control de inventarios, y se recopilan las evidencias del transporte, y almacenamiento de la AAVN. Se realiza entrega a algunos participantes, familias de la AAVN de consumo en casa correspondiente al mes de Abril y se deja evidencia documental en los formatos establecidos por el ICBF. Así mismo se solicita redistribución de AAVN en cada CDI.



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. CUMPLIR CON LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR, RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL.

Se da cumplimiento a las solicitudes de La supervisora del contrato.

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 68005302026 DEL 2026.

Firma del Contratista:

C.C No.: 28,337,790

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
PAULA ANDREA DELGADO BARRERA	COORDINADORA	CENTRO ZONAL SAN GIL	

Revisó: _____

San Gil, 04/05/2026

Documento de cobro No 3

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

DEBE A:

LUZ CLEMENCIA ORDUZ MENDOZA
NIT. No. 28337790-1

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° 68005302026** del año 2026.

Consignar a la cuenta número 0550047900050916 del banco BANCO DAVIVIENDA 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: 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, \$ 69.718.600,00)	SI
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,

Luz Clemencia Orduz Mendoza

LUZ CLEMENCIA ORDUZ MENDOZA

C.C.: **28337790**

Dirección: **CL 14 N 3 02 APTO 502**

Celular: **3162223680**

Correo Electrónico: **ndluzclemencia2021@gmail.com**

No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 28337790	0	LUZ CLEMENCIA ORDUZ MENDOZA	I	2	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	0130	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
68-679	CALLE 14 NO 3 02		3162223680		LUZCLEMENCIA2018@GMAIL.COM		N	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	8641123667	I	2026-04-29	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	517.400	0	
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8605526137	2026-05-25	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																	DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica	
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.						Cot.
1	CC 28337790	ORDUZ MENDOZA LUZ CLEMENCIA	1.750.905																	0			30	30	0	30	COLPENSIONES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	SANITAS-EPS005	1.750.905	218.900	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.750.905	18.300	0,01044	0	0	0	0	0	59	0	517.400	N	2862102

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 28337790	0	LUZ CLEMENCIA ORDUZ MENDOZA	I	2	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	0130	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
68-679	CALLE 14 NO 3 02		3162223680		LUZCLEMENCIA2018@GMAIL.COM		N	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	8641123667	I	2026-04-29	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	517.400	0	
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8605526137	2026-05-25	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.750.905	1.750.905	1.750.905	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	280.200	0	0	0	280.200
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	280.200	0	0	0	280.200
EPS(Administradoras: 1)				1	218.900	0	0	0	218.900
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	218.900	0	0	0	218.900
ARP(Administradoras: 1)				1	18.300	0	0	0	18.300
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	18.300	0	0	0	18.300
Gran Total					517.400	0	0	0	517.400