## 1.DATOS GENERALES

**INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 367490**

**CONTRATO No**. CPS-4700-2020-043 Del 20/01/2020 **SEDE O REGIONAL**: Magdalena

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 20/01/2020 HASTA: 30/12/2020

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA:**LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ**

No. Documento de identificación: **1,081,912,921** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **8610014881** 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 | **41,574,508.00** |
| HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA) | **0.00** |
| HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA) | **3,679,160.00** |
| PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO | **34,216,188.00** |
| **SALDO PENDIENTE POR PAGAR** | **7,358,320.00** |

**Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 15820 Nro de Factura:**

| Identificador Presupuestal | Recurso | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| C-4102-1500-16-0-4102041-02 | 27 | **3,679,160.00** |

| **APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL** | |
|---|---|
| APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*): | **183,900.00** |
| APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*) | **235,400.00** |
| FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*): | **0.00** |
| APORTE VOLUNTARIO AFC (*): | **0.00** |
| APORTE ARL (*): | **15,364.00** |

(*) 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 |
|---|---|
| 1. APOYAR EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN LOS CONTRATOS SUSCRITOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS Y LA OPERACIÓN DE LAS MODALIDADES DE LA DIRECCIÓN DE FAMILIAS Y COMUNIDADES, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA GUÍA GENERAL PARA EL EJERCICIO DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA DE CONTRATOS Y CONVENIOS SUSCRITOS POR EL ICBF Y LA GUÍA ORIENTADORA PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS MODALIDADES DE FAMILIAS Y COMUNIDADES. | Se realiza seguimiento al cumplimiento de las obligaciones de la Fase de atención: Seguimiento a las visitas de acompañamiento familiar psicosocial de acuerdo con el esquema de acompañamiento Urbano y Rural, a través de llamadas telefónicas. Se realizaron alrededor de 400 llamadas de verificación. Se proyectan 20% familias por PAF, con el objetivo de tener una muestra muy significativa del proceso de entrega de los kits Pedagógico y Plan familiar, además del seguimiento llamadas grupales, grupos de chat o Facebook live con otras familias.<br>Seguimiento al Estado de liquidación de los contratos Territorios étnicos para paz<br>Para este mes se realiza seguimiento al cumplimiento de cada una de las obligaciones contractuales.<br>Seguimiento en la ejecución de los recursos asignados al contrato 245/2020, revisión mensual de los informes financieros presentados por el operador.<br>Acompañamiento a la implementación de la Modalidad TEB.<br>Seguimiento a la implementación del formato de verificación de llamadas de la Modalidad TEB.<br>Acompañamiento y seguimiento de los resultados arrojados en la implementación del formato de verificación de llamadas de la Modalidad TEB.<br>Se realiza seguimiento al cumplimiento de las obligaciones de la Fase de atención de la Modalidad TEB: Seguimiento a las visitas de acompañamiento a través de llamadas telefónicas. Se realizaron alrededor 20 llamadas de verificación para 2 centros zonales. |
| 2. REALIZAR LA PROGRAMACIÓN DE LAS VISITAS Y DE ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO ESTIPULADAS POR EL SUPERVISOR, APLICANDO LOS INSTRUMENTOS Y FORMATOS DISEÑADOS Y SUMINISTRADOS POR LA DIRECCIÓN DE FAMILIAS Y COMUNIDADES, CON EL FIN DE VERIFICAR LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LAS CONDICIONES DE CALIDAD, DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO, LOS MANUALES OPERATIVOS, DILIGENCIANDO LOS INSTRUMENTOS | Se programó para este mes realizar llamadas de seguimiento al 20% de las familias vinculadas por Unidad de atención y contrato tanto de la modalidad TEB como de Mi Familia, con un aproximado de 400 llamadas, sobre el seguimiento de las llamadas realizadas por parte de los PAF a las familias; se verificar el cumplimiento de entrega del Kit Pedagógico y Plan Familiar además del seguimiento llamadas grupales, grupos de chat o Facebook live con otras familias,<br><br>Se programa realizar 30 llamadas diarias, aparte de atender las solicitudes del supervisor, correos presentados en el quehacer diario del ejercicio de la supervisión, seguimiento al cumplimiento de las obligaciones relacionadas con la etapa de atención y con la política SIGE<br><br>El informe presentado ante la supervisión del contrato y la DFYC, da cuenta de las llamadas realizadas 1 a 30 de cada mes. Se reportan los hallazgos con la finalidad de ser socializados con el operador. |

| | |
|---|---|
| 3. INFORMAR OPORTUNAMENTE A LOS SUPERVISORES LAS SITUACIONES QUE PUEDAN DAR ORIGEN A LA TOMA DE ACCIONES DE TIPO CONTRACTUAL Y/O APLICACIÓN DE SANCIONES. | Para el presente periodo no se reportan situaciones que puedan dar origen a la toma de acciones de tipo contractual y/o aplicación de sanciones. |
| 4. RESPONDER OPORTUNAMENTE A LOS REQUERIMIENTOS RELACIONADOS CON EL ESQUEMA DE SUPERVISIÓN, QUE SE REALICEN DESDE LA DIRECCIÓN DE FAMILIA Y COMUNIDADES Y ASISTIR A LAS REUNIONES QUE DESDE ESTA INSTANCIA SE CONVOQUEN. | La obligación específica N°4 no es aplicable en el presente periodo |
| 5. VERIFICAR QUE LOS DOCUMENTOS SURTIDOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO REPOSEN EN LA CARPETA DE ESTE, TANTO EN FÍSICO COMO EN MEDIO MAGNÉTICO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. | Para este periodo se actualiza el expediente contractual 245/2019, se hace entrega de los entregables de cuarto desembolso y de los anexos del informe de supervisión.<br><br>Fueron cargados a OneDrive por carpetas los documentos los documentos surtidos en el desarrollo del contrato hasta la fecha requeridos para esta vigencia, se puede consultar a través de https://icbfgobmy.sharepoint.com/personal/leidys_diaz_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fleidys%5Fdiaz%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FENL2FENLACE%20DE%20SUPERVISION%20%2D%20MAGDALENA |
| 6. LLEVAR ESTRICTO CONTROL DE LA CORRESPONDENCIA QUE SE PRODUZCA ENTRE EL OPERADOR Y EL ICBF DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. | Se lleva control de la documentación Entregada por la EAS Universidad del Magdalena para la ejecución del contrato y de los documentos generados desde el equipo de supervisión; es oportuno recordar que la correspondencia se está recibiendo vía correo electrónico directo a la supervisión del contrato, la cual se va cargando a OneDrive como se indicó en la obligación anterior. |
| 7. CUMPLIR CON LAS DEMÁS QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. | ? Participación en las diferentes Video Conferencia programadas desde la DFYC<br>? Participación activa en los comités técnicos operativos y extraordinario que se han realizado en las dos modalidades TEB y Mi Familia |

**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 CPS-4700-2020-043 DEL 2020.**

Firma del Contratista: _____

C.C No.: 1,081,912,921

**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 seiscientos setenta y nueve mil ciento sesenta pesos m/cte.,($ 3,679,160.00).**

**FIRMA:**

| NOMBRE | CARGO | DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL | FIRMA |
|---|---|---|---|
| MALVI GUERRA FERNANDEZ | PROFESIONAL ESPECIALIZADA 2028 - 17 | CON FUNCIONES DE COORDINADORA GRUPO ASISTENCIA TÉCNICA | |

**Revisó:**_____

*santa marta , 04/11/2020*

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

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

*DEBE A:*

***LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ***
***NIT. No. 1081912921-8***

*La suma de* ***tres millones seiscientos setenta y nueve mil ciento sesenta pesos M/cte****.* ***($3.679.160****), por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN REGIONAL EN LA PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO PARA EL ADECUADO DESARROLLO DEL ESQUEMA DE SUPERVISIÓN Y DE LOS CONTRATOS DE APORTES SUSCRITOS PARA LA ATENCIÓN A LAS FAMILIAS Y COMUNIDADES., del contrato* ***N° CPS-4700-2020-043*** *del año 2020.*

Consignar a la cuenta número 51284101816 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:*** 9609

| | 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,

***LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ***
*C.C.:* ***1081912921***
*Dirección:* ***VI 14 27 04***
*Celular:* ***3022409105***
*Correo Electrónico:* ***psicodiaz17@hotmail.com***
*No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas*

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | DIAZ RODRIGUEZ LEIDYS PAOLA |
| IDENTIFICACION: | CC-1081912921 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2020-11-03 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2020-10-30 |
| FECHA DE PAGO: | 2020-10-30 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERIODO PENSION: | 2020-09 |
| PERIODO SALUD: | 2020-09 |
| NUMERO PLANILLA: | 8610014881 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8610014881 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC07 | 806008394 | EPS-S MUTUAL - MOV | 1 | $ 1.471.664 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 184.000 | $ 184.000 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 1 | $ 1.471.664 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 235.500 | $ 235.500 |
| 14-4 | 860002183 | SEGUROS COLPATRIA | 1 | $ 1.471.664 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 7.700 | $ 7.700 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 427.200 | $ 427.200 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 06/11/2020 |



# PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:11349482

NUM REFERENCIA:0000008610014881

NUM IDENTIFICACION:1081912921

PERIODO: 2020-09

FECHA EFECTIVA:2020-10-30

VALOR: $ 427.200

FECHA EXPE: VIE30 OCT 20 13:10:28

304-06557940-183

783002-928881-644610-937260-48

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:

A SU OPERADOR.

AGT 18609 CLR 8676436

05198915-099082

Santa Marta, Octubre de 2020

Señores
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
Ciudad

**DECLARACIÓN JURAMENTADA**

Yo, Leidys Paola Díaz Rodríguez identificado(a) con C.C. Nº. 1.081.912.921 para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2010 de 2019 "Ley de Crecimiento Económico", informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

***1.*** Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.

SI [X] NO [ ]

***2.*** Que los ingresos por el Contrato N°. 043 del (22) de (Enero) de 2020, corresponde al concepto de:

[X] Cedula General (Rentas de Trabajo, Rentas de Capital, Rentas no Laborales)

[ ] Cedula de Pensiones

[ ] Cedula Dividendos y participaciones

***3.*** **BENFICIOS TRIBUTARIOS**

**3.1** He Contratado o Vinculado dos (2) o más Trabajadores asociados a la actividad (Articulo 383 E.T, Parágrafo 2). (*Aplica para renta de trabajo, renta exenta del 25%*).

SI [ ] NO [X]

**3.2** En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, Articulo 387 E.T, Parágrafo 2, de manera libre y espontánea, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mí cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FECHA DE NACIMIENTO | CALIDAD DE DEPENDENCIA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**NOTA:**
**Decreto 1625 de 2016**. **Artículo 1.2.4.1.18**, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

***1.1*** ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*
***1.2*** ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*
***1.3*** ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*
*2.* ***Rentas de Pensión****: NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*
*3.* ***Rentas de Dividendos o participaciones****: corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

***ANEXO:***

Para efectos de la aplicación de la deducción por dependientes de que trata el artículo 387 del Estatuto Tributario, tendrán la calidad de dependientes únicamente:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad.

2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Parágrafo. Para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere este artículo, el contribuyente suministrará al agente retenedor un certificado, que se entiende expedido bajo la gravedad del juramento, en el que indique e identifique plenamente las personas dependientes a su cargo que dan lugar al tratamiento tributario a que se refiere este artículo.

**3.3** Adjunto Copia del Certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Intereses de Vivienda, de acuerdo al Artículo 387 del E.T. (Adjuntar Soporte)

SI [ ] NO [X]

**3.4** Adjunto Copia del Certificado expedido por la empresa prestadora del servicio correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Medicina Prepagada, de acuerdo al Artículo 387 del E.T, Inciso 2, el cual cumple los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. (Adjuntar Soporte)

SI [ ] NO [X]

Cordialmente,

Leidys Diaz Rodriguez.

Nombre: Leidys Paola Diaz Rodriguez

Cedula: 1.081.912.921 de Plato - Magdalena

***1.1*** ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*

***1.2*** ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*

***1.3*** ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*

*2.* ***Rentas de Pensión****: NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*

*3.* ***Rentas de Dividendos o participaciones****: corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

# MEMORANDO

Radicado No: 202049300000019933

**Para:** ANA PATRICIA PARRA
Coordinadora Financiera

**Asunto:** CUENTA DE COBRO OCTUBRE CONTRATISTA – LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ

**Fecha:** 2020-11-04

Para efecto de trámite administrativo de pago, remito los documentos relacionados para el pago de honorarios de la Contratista **LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ,** comprendido entre el 01 al 31 de Octubre de 2020, correspondiente al contrato de prestación de servicios No. 043 de 2020.

- Informe de actividades realizadas en el periodo correspondiente.
- Cuenta de cobro contratista
- Soporte de pagó Seguridad Social
- Certificación No Declarante de Renta

Cordialmente,

**Malvi Guerra Fernández**
Profesional Especializada 2028-17
Con Funciones de Coordinadora Grupo Asistencia Técnica
ICBF Regional Magdalena

Aprobó: Malvi Guerra Fernández – Coordinadora Grupo Asistencia Técnica
Revisó: Alexis Castañeda – Técnico administrativo - Grupo Asistencia Técnica
Proyectó: Leidys Díaz Rodríguez – Contratista

**Comunicación oficial revisada y aprobada por el remitente de la misma**