BIENESTAR FAMILIAR	Proceso de Gestión Financiera CERTIFICACIÓN DE CONSTITUCIÓN DE CUENTA POR PAGAR	F3.P5.GF	24/05/2018
		Versión 3	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

Yo, LESVIA RUIZ MARQUEZ, identificado con la cédula de ciudadanía 34982253, en mi condición de supervisor o interventor del contrato No 23/2020/098, suscrito entre el ICBF Regional Cordoba y Guillermo de Jesus Perez Millan, identificado con NIT No 7368365,

CERTIFICO:

1. Que el plazo de ejecución del contrato (venció o vence) el 31/12/2020
2. Que el contrato presenta un saldo en el compromiso presupuestal por valor de (un millon noventa y nueve mil trecientos treinta y tres pesos m/cte) $ 1.099.333, discriminado así:

Identificador Presupuestal	Nombre del Identificador Presupuestal	Recurso	Número del compromiso presupuestal (RP) SIIF Nación	Valor del saldo presupuestal
C-4102-1500-15-0-4102024-02-991	soporte a la gestión del proyecto- apoyo en contratación de servicios	27	43720	$ 1.099.333
				$
				$
				$

Valor Total del Saldo presupuestal $ 1.099.333

3. Que dicho saldo no es constitutivo de reserva presupuestal pero puede ser sujeto de obligación de pago.
4. Que el contrato se encuentra en proceso de liquidación.
5. Que se recibió el bien o servicio, o se formalizaron los documentos que generaron la obligación correspondiente, de conformidad con las condiciones contractuales (Art. 224 Régimen de Contabilidad Pública)
6. Que las normas presupuestales no establecen como requisito las facturas para constituir cuentas por pagar, lo que la norma exige expresamente es que se haya entregado el bien o servicio pactado (Concepto del Presupuesto Público de la Nación)

Por lo expuesto anteriormente,

AUTORIZO:

Constituir en el Área Financiera, Cuenta por Pagar por el monto del saldo del compromiso relacionado anteriormente, es decir por valor de $ 1.099.333 (un millon noventa y nueve mil trecientos treinta y tres pesos m/cte) , conforme a la discriminación enunciada en el punto 2. del presente documento, para lo cual me comprometo a entregar la presente certificación y autorización de constitución de cuenta por pagar en el Área Financiera Regional o Grupo Financiero Sede de la Dirección General a más tardar el (28/12/2020)

Para constancia se firma en Monteria A los 17 deDiciembre de 2020

Supervisor del contrato

Firma

Nombre Lesvia Ruiz Marquez

Cargo coordinadora CZ Monteria

1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 382857

CONTRATO No. 23/2020/098 Del 04/02/2020 **SEDE O REGIONAL**: Córdoba

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 04/02/2020 HASTA: 31/12/2020

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **GUILLERMO DE JESUS PEREZ MILLAN**

No. Documento de identificación: **7,368,365** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **47044540** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **1**

Pago No.: **10.2 / 10.2** Mes de Pago: **DICIEMBRE** Declarante de Renta: **SI** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	**35,948,200.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**1,099,333.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**35,948,200.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**0.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 43720 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-15-0-4102024-02	27	**1,099,333.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**164,900.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**211,000.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**13,700.00**

(*) 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
ASISTIR TÉCNICAMENTE A LOS AGENTES DEL SNBF PARA LA GESTIÓN DEL CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS A LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y EL FORTALECIMIENTO FAMILIAR, TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS Y CAJA DE HERRAMIENTAS PARA EL PROCESO DE INCIDENCIA EN PLANES DE DESARROLLO TERRITORIAL.	se mantiene comunicación permanente con los referentes regionales para el acompañamiento y seguimiento de la puesta en marcha de las metodologías, modelos, estrategias, rutas, planes y/o proyectos propios del SNBF
ASISTIR TÉCNICAMENTE A LOS AGENTES Y COORDINAR LA OPERACIÓN DE LAS INSTANCIAS TERRITORIALES DEL SNBF ASIGNADAS POR NORMAS O ACTOS ADMINISTRATIVOS AL ICBF, EN LOS MUNICIPIOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO ZONAL EN ARTICULACIÓN CON EL REFERENTE REGIONAL	se brindo asistencia técnica en las instancias del SNBF a los municipios del área de influencia del CZ Montería, en articulación con los referentes regionales.
PRESTAR ASISTENCIA TÉCNICA EN LA FORMULACIÓN, AJUSTE Y/O IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA Y FORTALECIMIENTO FAMILIAR, EN COORDINACIÓN CON LOS REFERENTES ZONALES; Y GESTIONAR LAS PRIORIDADES Y REQUERIMIENTOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN LAS INSTANCIAS DEL SNBF	para el periodo no se presento este tipo de asistencia técnica
MONITOREAR LA OPERACIÓN DE LAS INSTANCIAS TERRITORIALES DEL SNBF: CPS, MESAS DE PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA, MESAS DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y MESAS DE PARTICIPACIÓN	en las sesiones de las instancias del SNBF se insistió en la necesidad de escuchar a los NNA mediante las Mesas de Participación. Y de incluir en los representantes de la comunidades étnicas y afrodescendientes en las diferentes instancias donde aun no se convocan.
PRESTAR ASISTENCIA TÉCNICA Y FORTALECIMIENTO TERRITORIAL A ENTIDADES TERRITORIALES PRIORIZADAS POR LA DIRECCIÓN DEL SNBF TENIENDO EN CUENTA EL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES ESPECÍFICAS IDENTIFICADAS EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES	para el periodo no se presento este tipo de asistencia técnica
ELABORAR LOS INFORMES TRIMESTRALES DE MONITOREO Y ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO, ASÍ COMO EL CARGUE DE LAS RESPECTIVAS EVIDENCIAS EN LA RUTA ESTABLECIDA POR LA SUBDIRECCIÓN DE ARTICULACIÓN TERRITORIAL	se elaboro el informe PA 90 y PA 92 correspondiente al 3 trimestre y se cargaron las diferentes evidencias en la ruta asignada.

COORDINAR CON REFERENTES MISIONALES EN LOS CENTROS ZONALES Y LAS REGIONALES, LA INCLUSIÓN DE TEMÁTICAS PRIORITARIAS EN LAS AGENDAS DE LAS MESAS DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA TERRITORIALES, PARA LA GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS ARTICULANDO CON EL REFERENTE REGIONAL	se coordino con los demás referentes la participación en las sesiones de las MIAF de los municipios del área de influencia del CZ
APOYAR LA GESTIÓN DE LOS CONVENIOS RELACIONADOS CON LA OPERACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR EN LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO EN COORDINACIÓN CON LOS REFERENTES REGIONALES	para el periodo no se presento este tipo de asistencia técnica
APOYAR LAS ACCIONES DE MOVILIZACIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS, ASIGNADAS POR COMPETENCIA AL SNBF, POR LA POLÍTICA DE TRANSPARENCIA DEL ICBF	se apoyo la elaboración del PA de la Mesa de Participación de NNA del Municipio de Puerto Escondido
LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL FUNCIONAMIENTO Y OPERATIVIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR	realizar seguimiento a la expedición de normatividad por los mandatarios locales de los municipios del área de influencia del centro zonal, relacionados con el uso de pólvora y juegos pirotécnicos. y seguimiento a los quemados con pólvora en cada municipio de influencia del centro zonal,

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 23/2020/098 DEL 2020.

Firma del Contratista:_____

C.C No.: 7,368,365

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 un millón noventa y nueve mil trescientos treinta y tres pesos m/cte.,($ 1,099,333.00).

FIRMA:

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

Revisó: Erika Perdomo B.

Monteria, 18/12/2020

Documento de cobro No ***12***

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

DEBE A:

GUILLERMO DE JESUS PEREZ MILLAN
NIT. No. 7368365-9

La suma de ***un millón noventa y nueve mil trescientos treinta y tres pesos M/cte. ($1.099.333****), por concepto de PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO REFERENTE DE CENTRO ZONAL DE LA REGIONAL CÓRDOBA EN EL MARCO DE LA SUBDIRECCIÓN DE ARTICULACIÓN TERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR, CON EL FIN DE APOYAR EL FORTALECIMIENTO DE LA OPERACIÓN DEL SNBF EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES ASIGNADAS. , del contrato* ***N° 23/2020/098*** *del año 2020.*

Consignar a la cuenta número 21942891625 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
21/12/2020	31/12/2020

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 7490

	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)*	*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 ($ 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,

GUILLERMO DE JESUS PEREZ MILLAN
C.C.: ***7368365***
Dirección: ***KR 16B CLL 48 68 TORRE 1 APTO 301***
Celular: ***3192451277***
Correo Electrónico: ***g_perezm@hotmail.com***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	7368365-	Guillermo De Jesus Perez Millan	U ✓ C S D			2020	11	2020	4704454		PUBLICA / PRIVADA ✓ / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE ✓	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Cra 35 No. 25 - 37 Torre 2 Apto 1511	MONTERÍA	23001	CÓRDOBA	23	3680851	3824353	g_perezm@hotmail.com	7490	0	1	2020/12/11	827987155

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS002	800130907-4	165.000	0		0		0	165.000	0	0	0	165.000	0		0	0	165.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230201	800229739-0	211.200	0	0	0	0	0	0	211.200	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	13.800		0	0	13.800
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	13.800		0	138	13.800

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	211.200	211.200
SALUD	165.000	165.000
RIESGOS LABORALES	13.800	13.800
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	390.000	390.000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC				SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS				COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	7368365	PEREZ MILLAN GUILLERMO DE JESUS	EPS002	230201																				1.320.000	1.320.000	0	1.320.000	0			211.200	0	0	165.000	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información