1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 385680

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: **8610726856** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **11.2 / 11.2** Mes de Pago: **DICIEMBRE** 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)	**1,226,388.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**41,574,508.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**0.00**

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	**1,226,388.00**

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 cada una de las Políticas SIGE, para lo cual fue solicitado al operador Informe general con evidencias que dieran cuenta del cumplimiento de las mismas, además de la implementación de los ajustes realizados en la Guía, en la Modalidad TEB Seguimiento al Estado de liquidación de los contratos Territorios étnicos para paz 2019 Para este mes se realiza seguimiento al cumplimiento de cada una de las obligaciones contractuales y proyección de informes Finales de la Modalidad Mi familia y TEB Acompañamiento a la ejecución de la Modalidad TEB. Seguimiento a los informes finales en la implementación del formato de verificación de llamadas de la Modalidad TEB. 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, para 2 centros zonales. Apoyo a la supervisión del Centro Zonal Fundación, para los contratos 227 y 228 de 2020 de la Modalidad TEB, para los cuales se realiza seguimiento a cada una de las Obligaciones contractuales, acompañamiento en los comité técnicos operativos para desembolsos, proyección del informe del supervisión a través de la Herramienta de Supervisión para la Modalidad TEB, entre otros.
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	No aplica para el periodo reportado, para el presente informe se realiza Actividades relacionadas con la proyección de informes finales, Seguimiento a las etapas de cierre de atención de las Modalidades Mi Familia Y TEB, Cierre de Informes Financieros y proyección de reservas Presupuestales
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 Sexto desembolso y de los anexos del informe de supervisión. 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 Organización del expediente contractual de los contratos 227 y 228 de 2020, bajo supervisión del centro zonal Fundación
7. CUMPLIR CON LAS DEMÁS QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.	? Participación en las diferentes Video Conferencia programadas desde la DFYC ? 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 un millón doscientos veintiseis mil trescientos ochenta y ocho pesos m/cte.,($ 1,226,388.00).

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 , 23/12/2020

Documento de cobro No ***13***

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 ***un millón doscientos veintiseis mil trescientos ochenta y ocho pesos M/cte****.* ***($1.226.388****), 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
21/12/2020	31/12/2020

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1081912921	0	DIAZ RODRIGUEZ LEIDYS PAOLA	I	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
47-555	VIA 14 27 04 BRR LA LIBERTAD		null			PSICODIAZ17@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA*	ENTIDAD RECAUDO
2020-11	2020-11	8610726856	I		899999239-COLPATRIA R 1	TODOS	TODOS	427.200	0	AvVillas
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1 de 1	8626908833	2020-12-16	Sin pagar							

EMPLEADO					NOVEDADES																																		DIAS				PENSIÓN				SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	FECHA ING	RET	FECHA RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	FECHA VSP	VTE	VST	SLN	FECHA INICIO SLN	FECHA FIN SLN	IGE	FECHA INICIO IGE	FECHA FIN IGE	LMA	FECHA INICIO LMA	FECHA FIN LMA	VAC	FECHA INICIO VAC	FECHA FIN VAC	AVP	VCT	FECHA INICIO VCT	FECHA FIN VCT	IRL	FECHA INICIO IRL	FECHA FIN 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.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.		
1	CC 1081912921	DIAZ RODRIGUEZ LEIDYS PAOLA	1.471.664																														0					30	30	0	30	PROTECCION -230201	1.471.664	235.500	0	0	EPS-S MUTUAL - MOV-ESSC07	1.471.664	184.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.471.664	7.700	0,00522	0	0	0	0	0	0	59	0	427.200	N

*Los intereses solo se visualizan cuando se incluyen todos los centros de trabajo, ya que el cálculo se realiza del total pagado de cada subsistema.

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1081912921	0	DIAZ RODRIGUEZ LEIDYS PAOLA	I	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	7490	Natural

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
47-555	VIA 14 27 04 BRR LA LIBERTAD	null	PSICODIAZ17@HOTMAIL.COM	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA*	ENTIDAD RECAUDO
2020-11	2020-11	8610726856	I		999999239-COLPATRIA R 1	TODOS	TODOS	427.200	0	AvVillas

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
1 de 1	8626908833	2020-12-16	Sin pagar

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.471.664	1.471.664	1.471.664	0	0

RESUMEN DE PAGO

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	235.500	0	0	235.500
PROTECCION	230201	800229739	0	1	235.500	0	0	235.500
EPS(Administradoras: 1)				1	184.000	0	0	184.000
EPS-S MUTUAL - MOV	ESSC07	806008394	7	1	184.000	0	0	184.000
ARP(Administradoras: 1)				1	7.700	0	0	7.700
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	1	7.700	0	0	7.700
Gran Total					427.200	0	0	427.200



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:37295359

NUM REFERENCIA:000000862690883 3

NUM IDENTIFICACION:1081912921

PERIODO: 2020-11

FECHA EFECTIVA:2020-12-16

VALOR: $ 427.200

FECHA EXPE: MIE16 DEC 20 12:36:34

351-07560231-250

782486-431473-344610-937260-46

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

AGT 18609 CLR 8676436

02109839-135759

Santa Marta, Diciembre 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 Díaz Rodríguez.

Nombre: Leidys Paola Díaz Rodríguez

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: 202049300000038423

Para: ANA PATRICIA PARRA
Coordinadora Financiera

Asunto: CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CONTRATISTA – LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ

Fecha: 2020-12-23

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 21 al 31 de Diciembre 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