



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 3

1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 1045937

CONTRATO No. 15002842026 Del 25/01/2026

SEDE O REGIONAL: Boyacá

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 30/01/2026

HASTA: 30/11/2026

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **YENNY MARCELA GONZALEZ CELY**

No. Documento de identificación: **1,052,394,892**

Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **4657821302**

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

Pago No.: **7 / 11** Mes de Pago: **JULIO** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión: **NO** Número de pago: **0**

Tipo Informe: **Vigencia actual** Vigencia Futura: **NO** Número de Pago: **0** Simple: **NO** Facturador: **NO**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	42,221,493.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	4,119,170.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	25,744,813.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	16,476,680.00

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 50726 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-9-704020-4602020-02	10	4,119,170.00

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 (*):	18,279.00
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
7/29/2026 9:24:44 AM

Fecha Impresión:
7/29/2026 9:25:01 AM

Corrección: 0

F1.P17.GF

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
1. PROYECTAR, REVISAR Y EMITIR OBSERVACIONES JURÍDICAS SOBRE ACTOS ADMINISTRATIVOS, CONCEPTOS, MEMORANDOS, OFICIOS Y DEMÁS DOCUMENTOS ASIGNADOS, RELACIONADOS CON LA OPERACIÓN DIRECTA, GARANTIZANDO SU DEBIDA MOTIVACIÓN, COHERENCIA TÉCNICA Y CONFORMIDAD CON LA NORMATIVA Y LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.	Mesa de trabajo seguimiento contrapartida Correo notificación visita sede nacional centro de acopio fundación Sander Solicitud financiera RP para proceso de adiciones talento humano Sustanciación requerimiento #3 contrato fundación Sander Concepto Jurídico viabilidad de continuidad fundación Sander
3. APOYAR LOS PROCESOS PRECONTRACTUALES, CONTRACTUALES Y POSTCONTRACTUALES QUE ADELANTE EL ICBF PARA LA OPERACIÓN DIRECTA, EN ESPECIAL LA CONTRATACIÓN DIRECTA DEL TALENTO HUMANO Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN, ELABORANDO Y/O REVISANDO LOS DOCUMENTOS DEL PROCESO CONFORME A LOS PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES.	Verificación documentos y justificación modificación de contratos talento humano OP Directa Cargue de contratos, aprobación y verificación de polizas secop II talento humano Apoyo supervisión visita centro de acopio fundación Sander Apoyo supervisión entrega RPP Sustanciación requerimiento fundación Sander
8. BRINDAR ORIENTACIÓN JURÍDICA PERMANENTE A LOS EQUIPOS DE DIRECCIONES REGIONALES Y CENTROS ZONALES EN ASUNTOS VINCULADOS A LA OPERACIÓN DIRECTA, PARTICIPANDO EN MESAS DE TRABAJO Y COMITÉS, ELABORANDO ACTAS CUANDO SE REQUIERA, Y ORGANIZANDO/CUSTODIANDO EL EXPEDIENTE JURÍDICO (ACTOS, CONCEPTOS, CONTRATOS, SOPORTES Y EVIDENCIAS) PARA GARANTIZAR INTEGRIDAD, CONSULTA Y ENTREGA OPORTUNA DE INFORMACIÓN.	Jornada pedagógica julio talento humano

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 15002842026 DEL 2026.

Firma del Contratista:


C.C No.: 1,052,394,892



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

F1.P17.GF

05/05/2022

Versión 8

Página 3 de 3

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 cuatro millones ciento diecinueve mil ciento setenta pesos m/cte., (\$ 4,119,170.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
FREDY ALEXANDER LIZARAZO SEQUERA	COORDINADOR	CENTRO ZONAL DUITAMA	

Revisó: Stella

Fecha Creación
7/29/2026 9:24:44 AM

Fecha Impresión:
7/29/2026 9:25:01 AM

Corrección: 0

F1.P17.GF



FOR THE SECRETARY OF THE ARMY

WASHINGTON, D. C.

THE SECRETARY OF THE ARMY

411

Duitama, 29/07/2026

Documento de cobro No 7

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

DEBE A:

YENNY MARCELA GONZALEZ CELY
NIT. No. 1052394892-3

La suma de **cuatro millones ciento diecinueve mil ciento setenta pesos M/cte. (\$4.119.170)**, por concepto de Prestar servicios profesionales de apoyo jurídico a la Dirección Regional y a los Centros Zonales, para fortalecer la implementación, ejecución y control de la Operación Directa del ICBF en la atención integral a la primera infancia, mediante la proyección y revisión de actuaciones administrativas, el acompañamiento en las diferentes etapas de contratación según se requiera, el apoyo a la supervisión y la gestión de requerimientos., del contrato N° **15002842026** del año 2026.

Consignar a la cuenta número 26250895339 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta **AHORRO**

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/07/2026	31/07/2026

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 6910

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%, 10%, 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	• 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) • 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 SI

Cordialmente,

Marcela Gonzalez
YENNY MARCELA GONZALEZ CELY

C.C.: **1052394892**

Dirección: **CL 2 B 51 4 ESTE**

Celular: **3124188586**

Correo Electrónico: **marcelag182@hotmail.com**

No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

TOTAL PAGADO:	\$ 517.400
----------------------	-------------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1052394892
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YENNY MARCELA GONZALEZ CELY	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE VITERBO DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 2B # 4A-51	TELÉFONO: 9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4657821302	
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN: I-INDEPENDIENTES
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9997325467

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002248088	230301	230301-PORVENIR			1	\$ 280.200
SUBTOTAL:					1	\$ 280.200
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR			1	\$ 218.900
SUBTOTAL:					1	\$ 218.900
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			1	\$ 18.300
SUBTOTAL:					1	\$ 18.300

VALOR SIN MORA:	\$ 517.400
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 517.400

