



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

F1.P17.GF

20/05/2020

Versión 7

Página 1 de 3

1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 395109

CONTRATO No. 11000382021 Del 08/01/2021

SEDE O REGIONAL: Bogotá

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 08/01/2021

HASTA: 22/12/2021

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **JOHN MAIKOL GONZALEZ RODRIGUEZ**

No. Documento de identificación: **1,032,418,085**

Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **48259674**

Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **1**

Pago No.: **2 / 11** Mes de Pago: **FEBRERO** Declarante de Renta: **SI** Pensionado: **NO** Cesión: **NO** Número de pago: **0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	49,277,500.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	4,285,000.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	7,570,167.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	41,707,333.00

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 67721 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4199-1500-8-0-4199064-02	27	4,285,000.00

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	164,200.00
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	210,200.00
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	0.00
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	0.00
APORTE ARL (*):	6,800.00

(*) 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

2/23/2021 6:03:13 PM

Corrección: 0

F1.P17.GF

Obligación Contractual	Producto
3. APOYAR A LA DIRECCIÓN DEL ICBF REGIONAL BOGOTÁ EN LA FORMULACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE ESTRATEGIAS DE CARÁCTER JURÍDICO Y TODAS AQUELLAS HERRAMIENTAS QUE COADYUVEN PARA PREVER SITUACIONES QUE REPRESENTEN RIESGOS DE DAÑO ANTIJURÍDICO, CONFLICTOS O SITUACIONES DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL CUYA SUPERVISIÓN SE ENCUENTRE A CARGO DE LA DIRECCIÓN, EN COORDINACIÓN CON EL GRUPO JURÍDICO DE LA REGIONAL BOGOTÁ.	Se realizo el memorando para reconfirmar el procedimiento de notificación de informes al ordenador del gasto, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 86 de la Ley 1474 de 2011 en concordancia con el Artículo 17 de la ley 1150 de 2007.
4.APOYAR Y PROPORCIONAR ORIENTACIÓN JURÍDICA EN LA ESTRUCTURACIÓN DE ACTOS ADMINISTRATIVOS Y RESPUESTAS A SOLICITUDES DE INFORMACIÓN, QUEJAS, RECLAMOS, Y DERECHOS DE PETICIÓN ASIGNADOS POR LA DIRECCIÓN REGIONAL, Y REALIZADOS POR PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS ASÍ COMO ORGANISMOS DE CONTROL, EN RELACIÓN CON LOS PROGRAMAS O MODALIDADES OPERADAS POR EL ICBF REGIONAL BOGOTÁ.	Se realizo verificación y cruce de información consignada el informe de supervisión general por líneas de atención (ciclos de vida, Responsabilidad penal, protección) de acuerdo a circular 015 de 2018.

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 11000382021 DEL 2021.

Firma del Contratista: _____


 C.C No. 1,032,418,085



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

F1.P17.GF

20/05/2020

Versión 7

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 doscientos ochenta y cinco mil pesos m/cte.,(\$ 4,285,000.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
DIANA PATRICIA ARBOLEDA RAMIREZ	DIRECTORA REGIONAL	DIRECCIÓN REGIONAL	

Revisó: _____

Bogotá DC, 23/02/2021

Documento de cobro No 2

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

DEBE A:

JOHN MAIKOL MAIKOL GONZÁLEZ RODRIGUEZ
NIT. No. 1032418085-9

La suma de **cuatro millones doscientos ochenta y cinco mil pesos M/cte. (\$4.285.000)**, por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EN EL TRÁMITE DE LOS ASUNTOS JURÍDICOS Y CONTRACTUALES DE LA DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTÁ., del contrato N° **11000382021** del año 2021.

Consignar a la cuenta número 01390723110 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

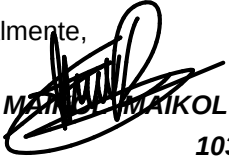
Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/02/2021	28/02/2021

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	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, \$ 49.849.800,00)	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 (\$ 124.624.500,00 - 2020) (\$ 127.078.000,00 - 2021) con el sector privado y/o 4.000 UVT (\$ 142.428.000,00 - 2020) (\$ 145.232.000,00 - 2021) 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 (\$ 124.624.500,00 - 2020) (\$ 127.078.000,00 - 2021)	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,


JOHN MAIKOL MAIKOL GONZÁLEZ RODRIGUEZ

C.C.: **1032418085**

Dirección: **KR 147 145 60 QUINTAS DE SANTARITA**

Celular: **3005030714**

Correo Electrónico: **maikol.andje@gmail.com**

No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032418085	JOHN MAIKOL GONZALEZ RODRIGUEZ	Kra 147 No 145-60	6553488	maikol.andje@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-01	2021-01	I	01/02/2021	48259674	\$636.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	274.300	0		0		0	0	0		274.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	351.100	0	0	0	0	0	0		351.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.500				11.500	0	0	11.500			115	11.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	274.300	274.300
Pensión	1	351.100	351.100
Riesgos Laborales	1	11.500	11.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	636.900	636.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032418085	JOHN MAIKOL GONZALEZ RODRIGUEZ		Kra 147 No 145-60	6553488	maikol.andje@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-01	2021-01	I	01/02/2021	48259674	\$636.900

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ISE	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1032418085	GONZALEZ RODRIGUEZ JOHN MAIKOL	59	0			N																		230301	2.194.067	351.100	0	0	0	0	EPS005	2.194.067	274.300	14-23	2.194.067	1	11.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA