



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: 426281

CONTRATO No. 08001042021 Del 25/01/2021 SEDE O REGIONAL: Atlántico
PLAZO DE EJECUCION DESDE: 25/01/2021 HASTA: 24/12/2021
NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: REYNALDO ENRIQUE GOMEZ PABON
No. Documento de identificación: 85,471,647 Régimen: No Responsable
No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: 9421718630 Pago ARL: SI Nivel ARL(Nivel Riesgo): 1
Pago No.: 7 / 11 Mes de Pago: JULIO Declarante de Renta: NO Pensionado: NO Cesión: NO Número de pago: 0

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	20,350,000.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	1,850,000.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	11,531,667.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	8,818,333.00

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 19221 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-14-0-4102037-02	27	1,850,000.00

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	113,500.00
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	145,300.00
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	0.00
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	0.00
APORTE ARL (*):	4,700.00

(*) 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

7/26/2021 12:48:34 PM

Corrección: 0

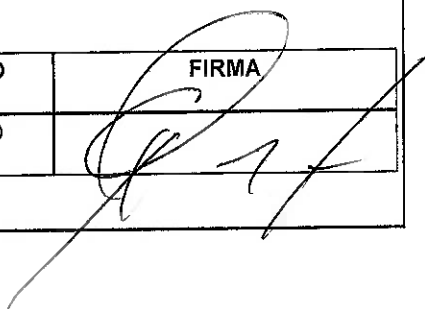
F1.P17.GF



Proceso Gestión Financiera		F1.P17.GF	20/05/2020
Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios		Versión 7	Página 2 de 3
Obligación Contractual	Producto		
1. APOYAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN QUE DEBE REPOSAR EN LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	SE REALIZO LA CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE EXPEDIENTES E INGRESO AL FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL CORRESPONDIENTES A LAS DEFENSORIA SISTEMA DE RESPONSABILIDAD PENAL PARA ADOLESCENTES (SRPA) DE LA DOCTORA MARCELA VERGARA.		
2. APOYAR EN LA DIGITACIÓN Y EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL DEL ICBF-SIM, DE ACUERDO CON LA ORGANIZACIÓN DE LA(S) DEFENSORÍA(S) DE FAMILIA.	SE REALIZO LA CREACIÓN DE NUEVAS PETICIONES CORRESPONDIENTES A LAS SOLICITUDES DE LA DEFENSORÍA DE SISTEMA DE RESPONSABILIDAD PENAL PARA ADOLESCENTES (SRPA) DE LA DOCTORA MARCELA VERGARA.		
3. APOYAR LA CONSTRUCCIÓN DE BASES DE DATOS CON LA DIGITACIÓN DE INFORMACIÓN QUE SEA SOLICITADA POR PARTE DE LA DEFENSORÍA DE FAMILIA.	SE REALIZO ACTUALIZACIÓN FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL, CORRESPONDIENTE A LAS DEFENSORIAS DE MARCELA VERGARA.		
4. APOYAR A LOS INTEGRANTES DE LAS DEFENSORÍAS DE FAMILIA EN LAS ACTIVIDADES DE GESTIÓN QUE SE REQUIEREN EN EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES.	ALIMENTACION EXPEDIENTES, REMISION DE RESULTADO DE AUDIENCIAS, CIERRES DE PROCESOS.		
5. CUMPLIR CON LAS DEMÁS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR EN VIRTUD DEL OBJETO CONTRACTUAL.	CREACIÓN DE PETICIONES Y DIRECCIONAMIENTOS, RECEPCIÓN DE ESCRITOS Y SOLICITUDES DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN CON TRAMITE.		
<p align="center">CERTIFICACION JURAMENTADA</p> <p>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 08001042021 DEL 2021.</p> <p align="right">Firma del Contratista: <u>REYNALDO ENRIQUE GOMEZ PABON</u> C.C No.: 85,471,647</p>			



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			
<p>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 ochocientos cincuenta mil pesos m/cte.,(\$ 1,850,000.00).</p>			
FIRMA:			
NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
ROBERTO CARLOS CARRILLO CASTRO	COORDINADOR	CENTRO ZONAL HIPODROMO	

Revisó: _____

Barranquilla, 26/07/2021

Documento de cobro No 7

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

DEBE A:

REYNALDO ENRIQUE GÓMEZ PABÓN
NIT. No. 85471647-4

La suma de **un millón ochocientos cincuenta mil pesos M/cte. (\$1.850.000)**, por concepto de PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DEFENSORIA DE FAMILIA, EN EL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN Y EL REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL, DE LAS ACTUACIONES REALIZADAS DENTRO DE LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS del contrato N° 08001042021 del año 2021.

Consignar a la cuenta número 801857363 del banco BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A.tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/07/2021	31/07/2021

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 8299

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)	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 (\$ 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)	NO
	• 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)	SI

Cordialmente,

REYNALDO ENRIQUE GOMEZ PABON
REYNALDO ENRIQUE GÓMEZ PABÓN

C.C.: 85471647

Dirección: CARRERA40A1 #92-79

Celular: 3015992003

Correo Electrónico: reygi0519@hotmail.com

No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

Barranquilla, 26 DE JULIO DE 2021

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, REYNALDO ENRIQUE GOMEZ PABON identificado(a) con C.C. N°. 85.471.647, 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 ☒ NO ☐

2. Que los ingresos por el Contrato N°.08001042021 del 20 de enero de 2021, corresponde al concepto de:

- ☒ Cedula General (Rentas de Trabajo, Rentas de Capital, Rentas no Laborales)
☐ Cedula de Pensiones
☐ Cedula Dividendos y participaciones

3. BENEFICIOS TRIBUTARIOS

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

SI ☐ NO ☒

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCIA
GABRIEL ANDRÉS GOMEZ MONTEZ	1046730652	16/10/2016	HIJO
GISELLE MONTES PEREZ	22647970	19/01/1981	ESPOSA

NOTA:

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

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:

- 1.1 **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.

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 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.

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.

NOTA: No se reciben certificaciones que se auto certifique el contribuyente teniendo en cuenta que, de acuerdo con lo expresado por el CTCF, no resulta adecuado que el mismo contador corresponda a la persona sobre la cual se certifican los hechos. De igual manera se requiere que las mismas tengan la fecha de expedición del año 2021.

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 ☒

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 ☒

Cordialmente,

REYNALDO ENRIQUE GOMEZ PABON

REYNALDO ENRIQUE GOMEZ PABON

85.471.647

3015992003

reygi0519@hotmail.com

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

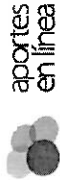
1.2 Rentas de capital: Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.

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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																		
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE ICBF										
CC 85471647		GOMEZ PABON REYNALDO ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48 No 144 - 82	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3428974	SI										
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																		
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago										
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor									
2021-06	2021-06	1041480200	9421718630	I	2021/07/13	2021/06/30	BANCOLOMBIA	0	\$290,300									
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																		
EMPLEADO				PENSIÓN			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Empleacion	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (4 Afiliados)						\$1,000,000				\$125,000				\$0				\$5,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,000,000				\$125,000				\$0				\$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)						\$1,000,000				\$125,000				\$0				\$0
1	CC 85471647	GOMEZ REYNALDO	230201	30	\$1,000,000	\$160,000	EP5010	30	\$1,000,000	\$125,000		14-23	\$0	\$5,300			\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$1,000,000				\$125,000				\$0				\$5,300



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE												
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF				
CC 85471647		GOMEZ PABON REYNALDO ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48 No 144 - 82	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3428974	Si				
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION												
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago				
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor			
2021-06		1041480200	9421718630		2021/07/13	2021/06/30	BANCOLOMBIA	0	\$290,300			
RESUMEN DE PAGO												
RIESGO					CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
APP (ADMINISTRADORAS: 1)								1	\$160,000	\$0	\$0	\$160,000
PORVENIR					230301	800,224,808	8	1	\$160,000	\$0	\$0	\$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								1	\$5,300	\$0	\$0	\$5,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS					14-23	860,011,153	6	1	\$5,300	\$0	\$0	\$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								1	\$125,000	\$0	\$0	\$125,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)					EPS010	800,088,702	2	1	\$125,000	\$0	\$0	\$125,000
TOTAL								1	\$290,300	\$0	\$0	\$290,300