TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINEDUCACIÓN icfes

Bogotá, 22 de Septiembre de 2017

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES
No. 20172001111342
Fecha Radicado: 2017-09-21 09:35:21
Anexos: 7 ANEXOS

Doctor
JOSE GABRIEL SILVA
Subdirector Financiero y Contable
ICFES

Destino: SUBDIRECCION FINANCIERA Y CONTABLE
No. 20172001111332
Fecha Radicado: 2017-09-21 09:34:07
Anexos: 7 ANEXOS

Asunto: Radicación de cuenta de cobro, informe de actividades y demás soportes requeridos para el trámite de pago N° 7 del Contrato 285 de 2017

Respetado Doctor,

Con el objetivo de tramitar el pago N°7 del Contrato 285 de 2017, anexo a la presente los documentos correspondientes al periodo comprendido entre 01 de Septiembre y el 30 de Septiembre de 2017, así:

- ✓ Copia del certificado de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado
- ✓ Informe de ejecución contractual del periodo señalado
- ✓ Original de la Cuenta de cobro
- ✓ Certificación tributaria
- ✓ Copia del comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales

Cordialmente,

Gabriel José Nieto Pinto
Contratista CPS N° 285 de 2017

Anexos

TODOS POR UN NUEVO PAÍS	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO**	Código: G3-FT001 Versión: 1 Página 1 de 1

En ejercicio del control de ejecución, certifico el cumplimiento del objeto y obligación con corte a la fecha de certificación, del siguiente contrato: **Nota (si los datos NO son correctos o NO están diligenciados en su totalidad, NO se puede radicar la cuenta en la Subdirección Financiera y Contable).**

Fecha de certificación: **19/09/2017**

Contrato No:	285	**Fecha de contrato:**	**14/03/2017**			**Nombre de Contratista**	**GABRIEL NIETO**		
No. de factura o documento equivalente:	7	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**	**x**	**NO**	**NIT / C.C contratista:**	**80.174.059**		
Comprobante de ingreso a almacén No:	N/A	**Pago número:**	7			**Periodo a pagar:**	**DE:** **01/09/2017**	**A:**	**30/09/2017**

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/SERVICIOS RECIBIDOS* (con base en el contrato y la forma de pago allí definidas):

***Relacione los productos y/o servicios prestados durante el periodo certificado, o informe de actividades presentado al supervisor del contrato, no es necesario relacionar las obligaciones del contrato.**

Se certifica el cumplimiento de:

- Participación en las actividades relacionadas con el monitoreo de la prueba Saber 359
- Generación del INSE para estudiantes de Saber TyT 20171
- Avances en la revisión de criterios de alerta de análisis de ítems
- Apoyo en la respuesta de PQRS de la Subdirección de Estadísticas

ASÍ MISMO, EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO CON MI FIRMA LO SIGUIENTE:

1. Que los productos y/o servicios relacionados se recibieron a satisfacción, se realizaron durante el periodo referido, y se encuentran detallados en el informe presentado por el contratista, el cual reposa en la carpeta de supervisión del contrato.

2. Que el contratista anexa evidencia de pago al sistema de seguridad social y parafiscales.

3.Que recibido el bien o servicio a satisfacción considero procedente que se realice el desembolso o pago y se da el visto bueno correspondiente.

Código Centro de Costo	Nombre Centro de Costo*	Monto a Pagar
PRMN04	Examen SABER 11	3.112.211
Tipo de moneda	**Pesos colombianos** / **Total (valor a Pagar)**	**3.112.211**

**Para la asignación y/o distribución del (los) Centro (s) de costos del sistema de costeo ABC del Instituto por favor tener en cuenta el instructivo G6.3.A01 "Determinación de centros de Costos"*

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**Edwin Javier Cuellar Caicedo**
FIRMA:	
CARGO:	**Subdirección de Estadisticas**

Con fundamento en lo establecido en el artículo 4 de la Ley 80 de 1993, y los artículos 82, 83,84 y 85 de la Ley 1474 de 2011 y lo establecido por la Resolución 000474 de 2015, se procede a dar a informe de ejecución del contrato No. 285, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	Gabriel José Nieto Pinto			**C.C. / C.E. No.:**	80174059	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	**01/09/2017**	**Hasta**	**30/09/2017**	**INFORME No.:**	**7**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	285	**Fecha de inicio**	14/03/2017	**Fecha de terminación**	31/12/2017
Objeto del Contrato: *De conformidad con la cláusula **SEGUNDA** el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera: **Prestar servicios para apoyar el procesamiento de calificación de las pruebas Saber 11, Saber TyT, Saber Pro, así como el apoyo en actividades de calibración, cálculo del índice global y asistencia en actividades de comité técnicos, entre otras actividades relacionadas a pruebas aplicadas por el ICFES.***					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula Séptima del contrato, el valor del mismo fue por la suma de **treinta y un millones ciento veintidós mil ciento diez pesos ($31.122.110.oo) MCTE**, precio correspondiente a 42,2 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2017.*				***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de **Veintiun millones setecientos ochenta y cinco mil cuatrocientos setenta y siete pesos ($21.785.477.oo) MCTE.***	
SALDO DEL CONTRATO: ***Nueve millones trescientos treinta y seis seiscientos treinta y tres pesos ($9.336.633.oo) MCTE.***				***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula **NOVENA** del contrato, el plazo del mismo se pactó en **DIEZ (10)** meses, contados a partir de la fecha suscripción del acta de inicio.*	
DESARROLLO DEL CONTRATO:	***El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:*** • *El **14** de **MARZO** de **2017** se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El **15** de **MARZO** de **2017** se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No. **285*** • *Que se ejecutó, adicionó o prorrogó el contrato.*				

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

FORMA DE PAGO:	*De conformidad con lo establecido por la cláusula **Octava** del contrato, la forma de pago se indicó de la siguiente manera: "Un (1) Primer Pago correspondiente al mes de marzo por valor de **$3.112.211** y posteriormente **dos** pagos Iguales por la misma suma". Según lo establecido en la adición y modificación N°1 al contrato de prestación de servicios N°235, se establece: "ADICIONAR a la cláusula sexta del CPS 285, un valor de **VEINTIUN MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS ($21.785.477)** MCTE IVA incluido, para que refleje la contraprestación de las nuevas tareas asignadas, durante los próximos **7 meses**. Este valor adicionado, se pagará en 7 pagos iguales, valor que deja una mensualidad total de **TRES MILLONES CIENTO DOCE MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS M/CTE ($3.112.211) IVA incluido".***

***PAGOS QUE SE HAN EFECTUADO A LA FECHA**: En virtud de lo anterior, dicho contrato en el aspecto financiero se ejecuta de la siguiente manera:*

No. cuenta de cobro	Fecha cuenta de cobro	Concepto	Valor
1.	**15/03/2017**	Pago mes de Marzo	$ 3.112.211
2.	**25/04/2017**	Pago mes de Abril	$ 3.112.211
3.	**22/05/2017**	Pago mes de Mayo	$ 3.112.211
4.	**20/06/2017**	Pago mes de Junio	$ 3.112.211
5.	**24/07/2017**	Pago mes de Julio	$ 3.112.211
6.	**22/08/2017**	Pago mes de Agosto	$ 3.112.211
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$

PAGO QUE SE EFECTUA A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
							X					

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	**Responder Peticiones, Quejas y Reclamos diariamente de prueba PONAL de acuerdo a las bases de datos**	**100%**
2	**Responder Peticiones, Quejas y Reclamos diariamente de prueba Docentes de acuerdo a las bases de datos**	**100%**
3	**Ingreso a la plataforma Orfeo actualizar PQR's y responder peticiones a los correos de los reclamantes PONAL**	**100%**

4	**Ingreso a la plataforma Orfeo actualizar PQR's y responder peticiones a los correos de los reclamantes Prueba docente**	**100%**
5	**Reunir y verificar información con el fin de dar respuesta a las comunicaciones externas referentes a las pruebas de ascenso subintendente y docente**	**100%**
6	**Consolidación de archivos y creación de macros para prueba docente 2012, 2013 Y 2016, verificación de resultados para dar respuesta a comunicaciones externas.**	**100%**
7	**Creación archivo resultados PONAL 2015 macro PONAL**	**100%**
8	**Generación del INSE para estudiantes de Saber TyT 20171**	**100%**
9	**SABER TYT calificación de Comunicación escrita 20171**	**100%**
10	**Avances en la revisión de criterios de alerta de análisis de ítems Revisión y lectura de artículos**	**50%**

5. **PRODUCTOS ENTREGADOS** (En caso de haber sido pactados)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

6. **CONSTANCIAS**

*El supervisor o interventor **EDWIN JAVIER CUELLAR CAICEDO** acreditó que el contrato se ejecutó en el porcentaje correspondiente a satisfacción, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones pactadas en el mismo, y no se le impusieron multas.*

***EDWIN JAVIER CUELLAR CAICEDO,** en su calidad de supervisor del contrato deja constancia que en el marco de lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el contratista ha dado cumplimiento a los pagos por concepto de aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje según corresponda,*

7. OBSERVACIONES

(Relacionar las mejoras o dificultades presentadas en la ejecución del contrato, así como el concepto del supervisor sobre el contratista)

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el **(19)** de **(septiembre)** de **(2017)**

Gabriel José Nieto P Elaboró	Adriana Corredor Revisó	Edwin J. Cuellar Caicedo Aprobó

Bogotá DC, 19 de Septiembre de 2017

Doctor
Edwin Javier Cuellar Caicedo
Subdirector de Estadísticas
Instituto Colombiano para la evaluación de la educación ICFES

Referencia Número de planilla **22128456**, pago salud, pensión y ARL.

El ICFES debe la suma de $**3.112.211**, valor que corresponde al **Septimo** pago pactado en el contrato de prestación de servicios **285** de 2017.

Por favor consignar $**3.112.211** en la siguiente cuenta:

- Banco: DAVIVIENDA
- Cuenta de ahorros: 4661 0003 2211

Adicionalmente solicito que este aporte sea tenido en cuenta para obtener el beneficio tributario previsto en las normas legales vigentes.

De conformidad con el Decreto 2271 de 18/06/2009 y el articulo 126-1 del Estatuto Tributario (Modificado L. 488/98, art. 4º.), me permito solicitar la reducción de la base de la retención correspondiente a los pagos obligatorios al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones, valor que se debe aplicar a la factura adjunta, en ejecución del contrato número **285** de fecha 14 de marzo del 2017, celebrado con el ICFES y para tal fin certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes de pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponden a los ingresos provenientes del contrato.

Cordialmente,

GABRIEL JOSE NIETO PINTO
C.C. 80.174.059 de Bogotá

Bogotá D.C., 19 de septiembre del 2017

Señores
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES
Subdirección Financiera y Contable
Ciudad

Asunto: Solicitud disminuciones en la base de la retención en la fuente de la cuenta del mes de septiembre de 2017.

De acuerdo en el artículo 17 de la Ley 1819 de 2016, y al parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, informo que no tengo trabajadores a cargo y solicito la aplicación de la tabla del artículo 383 del Estatuto Tributario para la retención en la fuente como independiente por rentas de trabajo.

Conforme con los decretos 4713 de 2005, 2271 de 2009; la Ley 1819 del 2016 y demás normas concordantes y complementarias, les solicito tener en cuenta las disminuciones de mi base de retención así:

1. Dependiente: Declaro bajo la gravedad de juramento que Ana Isabella Nieto Torres identificada con Registro Civil No. 1013025630 es hija mía y depende económicamente de mí. Adjunto registro civil.

2. Bajo la gravedad de juramento certifico que en la **COPIA** de la planilla de aportes a seguridad social y ARP – PILA fue descargada directamente de la página web y que anexo el mes de septiembre.

Cordialmente,

Gabriel José Nieto Pinto
C.C. 80174059 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1013025630

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55839781

55839781

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	27				A 2 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NIETO **********	TORRES **********

Nombre(s): ANA ISABELLA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes FEB Día 05	Femenino	B	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13648150-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: TORRES GUTIERREZ TATIANA CATALINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.52.854.418	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: NIETO PINTO GABRIEL JOSE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 80.174.059	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: NIETO PINTO GABRIEL JOSE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 80.174.059	

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA VEINTISIETE DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes FEB Día 06	ANGELA DEL PILAR CONDE JIMENEZ Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA VEINTISIETE DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. Encargado

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6 TEL. 420 2110

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80174059	GABRIEL JOSE NIETO PINTO		Cll 86 a No 69 t 41 torre 2 apto 103	9204628	gabrieljose.nieto@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
9	2017	9	2017	I	04/09/2017	22128456	$368.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	EDE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	80174059	NIETO PINTO GABRIEL JOSE	59	0			N																	230201	1.244.884	199.200	0	0	0	0	EPS001	1.244.884	155.700	14-18	1.244.884	1	6.500	CCF24	1.244.884	7.500	0	0	0	0	0

PAGADA
22128456

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80174059	GABRIEL JOSE NIETO PINTO		Cll 86 a No 69 t 41 torre 2 apto 103	9204628	gabrieljose.nieto@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
9	2017	9	2017	I	04/09/2017	22128456	$368.900

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	155.700	0		0		0	0	0	0	155.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	199.200	0	0	0	0	0	0		199.200	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										
14-18	Liberty Seguros de Vida	860008645-7	6.500				6.500	0	0	6.500			65	6.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	860066942-7	7.500	0	0	7.500	1

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	155.700	155.700
Pensión	1	199.200	199.200
Riesgos Laborales	1	6.500	6.500
CCF	1	7.500	7.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	368.900	368.900

PAGADA 22128456

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