

Bogotá, D.C., 17 de **noviembre** de 2017

Señores

Instituto Colombiano para la Evaluación de la
La ciudad

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS
GENERALES



No. 20172001281922

Fecha Radicado: 2017-11-21 17:04:13

Anexos: 9 FOLIOS

ICIESV

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE



No. 20172001281942

Fecha Radicado: 2017-11-21 17:05:04

Anexos: 9 FOLIOS

ICIESV

Ref.: Radicación cuenta de cobro Contrato No.

En atención a la Comunicación Interna recibida el 22 de abril del 2016 y según radicado No. 20162300008863, relacionada con la radicación de cuentas de cobro, atentamente hago entrega de los siguientes soportes, correspondiente a mi CONTRATO No. 322 de 2017:

Grupo de documentos para la Subdirección de Abastecimiento y Servicios Generales:


- G3-FT004 Informe de ejecución contractual
- G3-FT001 - Certificación original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado .
- Cuenta de cobro
- Copia de la Certificación Bancaria
- Copia del Rut
- Carta para solicitud de deducciones.
- Copia comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales
- Copia del Registro Civil.

Cordialmente,

Jenny Paola Ortiz Reina

C.C. No. 53.932.234 de Fusagasugá

	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: 17/11/2017
Contrato No:	322	Fecha de contrato:	24/04/2017	Nombre de Contratista	JENNY PAOLA ORTIZ REINA
No. de factura o documento equivalente:	8	Contrato con adición (marque con una X)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	NIT / C.C contratista:	53.932.234
Comprobante de ingreso a almacén No:		Pago número:	8	Periodo a pagar:	DE: 01/11/2017 A: 30/11/2017
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. - Realizar pruebas y análisis funcional de la aplicación GEMA - Módulo desempaquete Patrulleros. - Realizar análisis funcional del módulo Destrucción. - Realizar análisis funcional para publicación de resultados individuales 359.					
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
CCAT02	Subdirección Desarrollo de Aplicaciones				2.895.000
Tipo de moneda	Pesos colombianos	Total (valor a Pagar)		2.895.000	
<i>*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"</i>					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	Oscar Baquero Moreno				
FIRMA:					
CARGO:	SUBDIRECTOR DE APLICACIONES				

	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: G3-FT004
		Versión: 1

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. 322, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	JENNY PAOLA ORTIZ REINA	C.C. / C.E. No.:	53932234
PERÍODO DEL INFORME:	Desde 01/11/2017	Hasta 30/11/2017	INFORME No.: 7

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	322	Fecha de inicio	24/04/2017	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 los servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados"					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Conforme a la cláusula SÉPTIMA del contrato, el valor del mismo fue por la suma de VEINTISÉIS MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS (\$26.055.000) M/CTE.			VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME: El valor ejecutado fue por la suma de VEINTITRES MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS (\$23.160.000) MCTE.		
SALDO DEL CONTRATO: DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS (\$2.895.000) M/CTE.			PLAZO DE EJECUCIÓN: De acuerdo a la cláusula OCTAVA del contrato, el plazo del mismo se pactó en NUEVE (9) 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: <ul style="list-style-type: none"> • El 24 de ABRIL de 2017 se suscribió el contrato entre las partes contratantes. • El 25 de ABRIL de 2017 se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No. 322 • Que se ejecutó, adicionó o prorrogó el contrato. 			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA



INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Código: G3-FT004

Versión: 1

FORMA DE PAGO: De conformidad con lo establecido por la cláusula **OCTAVA** del contrato, la forma de pago se indicó de la siguiente manera: "El **ICFES** pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato de la siguiente manera: a) Un primer pago por valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$2.895.000), IVA INCLUIDO contra entrega de: Pruebas funcionales Aplicativo móvil Sprint 02, y pruebas a Reportes de resultados Saber Pro; b) Ocho (08) pagos por valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$2.895.000) 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	25/04/2017	contra entrega de: Pruebas funcionales Aplicativo móvil Sprint 02, y pruebas a Reportes de resultados Saber Pro	\$ 2.895.000										
2	17/05/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$ 2.895.000										
3	15/06/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$ 2.895.000										
4	18/07/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$2.895.000										
5	22/08/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$2.895.000										
6	19/09/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$2.895.000										
7	17/10/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$2.895.000										
8	DD/MM/AAAA		\$										
9	DD/MM/AAAA		\$										
10	DD/MM/AAAA		\$										
11	DD/MM/AAAA		\$										
12	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	X	X	X	X	X	X	X				

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
-----	------------------------	-------------------------

1	Realizar pruebas y análisis funcional del proyecto Gema – Desempaque - Patrulleros	100%
2	Realizar pruebas y análisis funcional publicación de resultados instituciones 359	100%
3		
4		

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

1	
2	

6. CONSTANCIAS

El supervisor o interventor Oscar Yovanny Baquero 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.

Oscar Yovanny Baquero, 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 (17) de (11) de (2017)

Elaboró

Revisó

Aprobó

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

JENNY PAOLA ORTIZ REINA
CC. No. 53.932.234 de Fusagasugá

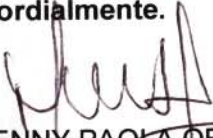
LA SUMA DE: **DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE**
(\$2.895.000,00) MONEDA CORRIENTE.

Por prestar sus servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.

Favor consignar de la siguiente manera:

A. A la cuenta de ahorros: **699 176 720 16 del Banco Bancolombia**

Cordialmente.


JENNY PAOLA ORTIZ REINA
CC. No. 53.932.234 de Fusagasugá
BOGOTA, 17 de **noviembre** de 2017

Bogotá D.C., 17 de noviembre del 2017

Señores

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

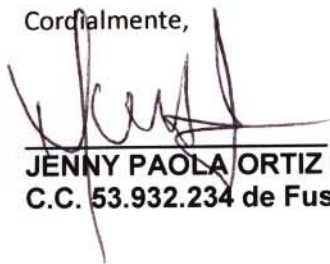
Asunto: Solicitud disminuciones en la base de la retención en la fuente de la cuenta del mes de **noviembre** de 2017.

De acuerdo en el artículo 17 de la Ley 1819 de 2016, y al párrafo 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: KAROL ESTEFANY BALLEEN ORTIZ. Tarjeta de Identidad: 1 069 716 741.
2. Bajo la gravedad de juramento certifico que en la **COPIA** de la planilla de aportes a seguridad social y ARL - PILA fue descargada directamente de la página web y que anexo, del mes **noviembre**, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,



JENNY PAOLA ORTIZ REINA
C.C. 53.932.234 de Fusagasugá

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código J 3 L

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA*****

Datos del inscrito

Primer Apellido: **BALLEN******* Segundo Apellido: **ORTIZ*******
 Nombre(s): **MARCO ESTEBAN*******
 Fecha de nacimiento: Año 2004 Mes OCT Día 24 Sexo (en letras) FEMENINO***** Grupo Sanguíneo O***** Factor RH +*****
 Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): **COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA*******

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: **CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO******* Número certificado de nacido vivo: **A 5449566*******

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: **ORTIZ REINA JENNY PAOLA*******
 Documento de identificación (Clase y número): **CEDULA DE CIUDADANIA 0053932234******* Nacionalidad: **COLOMBIA*******

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: **BALLEN MORA JAHN ALEXIS*******
 Documento de identificación (Clase y número): **CEDULA DE CIUDADANIA 0081740616******* Nacionalidad: **COLOMBIA*******

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: **BALLEN MORA JAHN ALEXIS*******
 Documento de identificación (Clase y número): **CEDULA DE CIUDADANIA 0081740616******* Firma: *Jhan Alexis Ballen*

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: Año 2004 Mes NOV Día 05
 Nombre y firma del funcionario que autoriza: **CARLOS EDUARDO BUITRAGO CASAS******
 Nombre y firma: *[Firma]*
 Reconocimiento paterno: _____
 Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: _____
 Firma: _____ Nombre y firma: _____

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

**ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL. SE EXPIDE PARA
 ACREDITAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON EL
 ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970.**


CARLOS EDUARDO BUITRAGO CASAS
 Registrador del Estado Civil
 Fusagasugá (Cundinamarca)

0
 7
 3
 *

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	DATOS DE LA PLANILLA							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		PERIODO COTIZACIÓN		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE BUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		SALUD	DIFERENTE A SALUD						
CC	53932234	JENNY PAOLA ORTIZ REINA	DIAGONAL 15 A 99A-30 INT 21 APA 501	4223301	JENNY.ORTIZRE@gmail.COM	NO	MES	AÑO	MES	AÑO	1	02/11/2017	23237080	\$336.200
LNCA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		11	2017	11	2017				

DETALLE POR COTIZANTE

No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	PENSIÓN										SALUD				RENTAS LABORALES				CCF		PARAFISCALES					
												CAL APP	IBC APP	Cotización	Préstamo Afiliado	Monto del Aportante	Fondo pre-pensional de vejez	Fondo pre-pensional de jubilación	CAL EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	CAL ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte EPS	Aporte SAS	Aporte MDA				
1	CC	53932234	ORTIZ REINA JENNY PAOLA	1								230201	1	185.900	0	0	0	0	0	0	EP2044	100	144.800	0	1.158.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA
23237080

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53932234	JENNY PAOLA ORTIZ REINA		DIAGONAL 15 A 99A-30 INT 21 APA 501	4223301	JENNY.ORTIZRE@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNCA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

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				
11	2017	11	2017	I	02/11/2017	23237080	\$336.200

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					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	185.300	0	0	0	0	0	0	0	0	144.800	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

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	6.100	0	0	0	0	0	6.100	6.100	0	0	0	6.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
			0	0	0	0	0

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. Administradores Reportados	Valor antes de IDE, LMA, RFP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	144.800	144.800
Pensión	1	185.300	185.300
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.200	336.200



BANCOLOMBIA

Se permite certificar que la Señora **JENNY PAOLA ORTIZ REINA** número c.c.**53.932.234** actualmente posee los siguientes productos con el Banco.

PRODUCTO	TIPO CUENTA	FECHA DE APERTURA	NUMERO DEL PRODUCTO
CUENTA AHORROS	PLAN 41	2012/12/30	699-176720-16

Estaremos a su disposición para ampliar la anterior información, en el número de teléfono 2362322 de la ciudad de Bogotá o en nuestra oficina Calle 100, ubicada en la dirección Cra 15 # 102 - 44 Local 105 Norte, en el momento que así lo estimen conveniente.

Atentamente,



ANA SOFÍA MARTINEZ
Gerente Sucursal
Calle 100
Nrr

***importante:** esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

Bogotá, julio 09 del 2010