Bogotá, D.C. 24 de noviembre de 2017

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACI
Dependencia
Subdirección Abastecimiento y Servicios Gene
Ciudad

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

No 20172001294832 Fecha Radicado 2017-11-24 12 47 59 Anexos 7 ANEXOS iches V

Affects / ANDIOS

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS

Asunto: Oficio Remisorio cuenta de cobro no

GENERALES

No 2017/2001/294612 Fecha Radicado 2017-11-24 12 47 29 Anexos 7 ANEXOS icles V

Luz Merly Acevedo Cortes, identificada como aparece al pie de mi firma, con número de contrato 349 del año 2017, que de acuerdo con la cláusula segunda se estableció el objeto del contrato de la siguiente manera: "Prestación de servicios profesionales para realizar análisis comparativo y/o confrontación de huellas dactilares contenida en las Actas para Examinandos usados en las Pruebas de Estado o el que haga sus veces con el fin de verificar la coincidencia con los documentos idóneos que sean aportados por el ICFES ".y en cumplimiento de la directriz con número de radicación 20162300008863, me permito allegar los documentos indicados, para el pago de mis honorarios del mes de noviembre del año 2017, de conformidad con lo establecido por la cláusula séptima del contrato, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar, relacionado en el siguiente orden:

- * Certificado original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado
- * G3.2. F09 Informe de ejecución contractual
- *Copia de la cuenta de cobro

* Copia comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales

Cordialmente

LUZ MERLY ACEVEDO CORTES

Contratista

C.C. 51.899.799. Bogotá.



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO

Código: G3-FT001 Versión: 1

Página 1 de 1

24/11/2017

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:

Contrato No:	349	Fecha de contrato:	25/05/2017 Nombre de Contratista			LL	LUZ MERLY ACEVEDO CORTÉS			
No. de factura o documento equivalente:	e: 3 Contrato con ad (marque con un		SI NO x		NIT / C.C contratista:		51.899.799			
Comprobante de ingreso a almacén No:		Pago número:	T	3		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.

Recepción de solicitudes y base de datos de pruebas; Organización de cada uno de los documentos de identidad allegados por los examinandos al ICFES; Búsqueda y ubicación de las impresiones dactilares aportada en base de datos de impresiones tomadas biométricamente a los examinandos al momento de presentar prueba Elaboración de carpetas individuales con los documentos para cotejo, elaboración de análisis y verificación de identidad, de Setecientos cincuenta documentos, los cuales corresponden de manera individual a cada uno de los cotejos realizados. Elaboración de informe mediante formato Excel, en el cual se plasma Planilla de relación general de los casos verificados, con los resultados obtenidos en cada uno de los cotejos Informe de gestión, el cual incluye los correspondientes soportes de la labor tanto individual como general CXP 2016 – 2017.

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

- 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
CCAG03	Oficina Juríd	5.801.250.	
	*)		
Tipo de moneda	Pesos colombianos	Total (valor a Pagar)	5.801.250.

*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:	MARÍA SOFÍA ARANGO ARANGO
FIRMA:	ummaugo
CARGO:	SECRETARIA GENERAL



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

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA: LUZ MI		RLY AC	EVEDO CORT	ÉS,	C.C. / C.E. No.:	51.899.799.		
PERÍODO DEL IN	FORME:	Desde	01/11/2017	Hasta	30/11/2017	INFORME No.:	03	

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

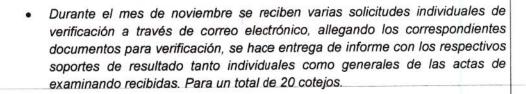
Contrato N°	349	Fecha de inicio	25-V-2017	Fecha de terminación	31-XII-2017			
de huellas dactilares	contenida el fin de ve	en las Actas para erificar la coinciden	Examinandos usad cia con los docume	ar análisis comparativo y/o los en las Pruebas de Esta entos idóneos que sean apo	do o el que			
				ECUTADO A LA FECHA I	DEL PRESENTE			
DE PESOS (\$20.000.	000.)		INFORME:	NUEVE MILLONES CIENT	O NOVENTA Y			
			SEIS MI. (\$9.196.915	TO 1	INCE PESOS			
SALDO DEL CO	ONTRATO): DIEZ MILL	ONES PLAZO DE	EJECUCIÓN: De acuerd	lo a la cláusula			
OCHOCIENTOS TRES	S MIL OCH	HENTA Y CINCO P	ESOS DÉCIMA de	el contrato, el plazo del mis	mo se contará a			
(\$10.803.085)			partir del d	partir del día de cumplimiento de los requisitos de				
			ejecución d	el contrato hasta el día 31	DE DICIEMBRE			
			DE 2017					
	El obje	eto del contrato se	ha venido desarro	llando de la siguiente mar	iera:			
DESARROLLO DEL CONTRATO:		 El día 25 d contratantes. 	e mayo de 2017	se suscribió el contrato e	entre las partes			
		para análisis	 El día 28 de octubre se me hace entrega de 170, actas físicas de examinando para análisis de identidad y documentos de identidad en medio magnético para los respectivos cotejos. 					
		como de info actas de exa	rme general con lo	se hace entrega de informe s respectivos soportes de r za devolución del paquete a actividad.	resultado de 170			



INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Código: G3-FT004

Versión: 1



- El día 10 de noviembre de 2017 se hizo solicitud de verificación de identidad de 630 examinados, para lo cual se me entrega de base de datos de registro biométrico para la ubicación de las correspondientes impresiones dactilares y entregas parciales de documentos de identidad de los examinandos investigados para los análisis respectivos; de esta solicitud se han realizado 513 verificaciones con sus respectivos informes, encontrándose los demás pendientes por allegar documentos de identidad para el cotejo.
- El día 16 de noviembre se recibe solicitud de verificaciones de identidad de 47 examinandos, allegando las actas escaneadas y los documentos de identidad correspondientes.
- El día 21 de noviembre se entrega informe de resultado con los respectivos soportes y carpetas individuales de cada uno de los análisis e informe general de resultado.

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

FORMA DE PAGO: Pago inc			dividua	l por d	cada c	otejo	de \$	7.735	IVA	incluid	lo.		101-77-10	
PAGOS QUE S se ejecuta de la			00 A LA	FECH	IA: En v	rirtud a	le lo ar	nterior,	dicho	contrat	o en e	aspec	to fina	nciero
No. cuenta de cobro	Concepto							Valor						
1	24 JU	L 2017	Ejecución parcial del contrato							\$9.042.215				
2 20 SEP 2017			Éjecu	ción p	arcial	del co	ontrat	0			\$1	54.700)	
PAGO QUE SE EFECTUA A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME		1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Elaboración de setecientos cincuenta verificaciones de identidad, las cuales corresponden de manera individual a cada uno de los cotejos realizados.	100%



INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Código: G3-FT004

Versión: 1

2	Organización de cada una de las carpetas con documento de identidad e impresión dactilar biométrica extraída de base de datos.	100%
3	Planilla de relación general de los casos verificados con documentos aportados, con los resultados obtenidos en cada uno de los cotejos.	100%
4	Informe de gestión, el cual incluye los correspondientes soportes de la labor tanto individual como general	100%

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

1	Informe ejecutivo de resultado
2	CD con carpetas individuales de trabajo e informe Excel
3	
4	

6. CONSTANCIAS

El supervisor o interventor **Martha Bibiana Lozano Medina** 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.

Martha Bibiana Lozano Medina, 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 (24) de (noviembre) de (2017)

Luz Merly Acevedo Cortes

Revisó María Sofía Arango Arango

Aprobó María Sofía Arango Arango

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARALA EVALUACION DE LA EDUCACION ICFES

DEBE A:

LUZ MERLY ACEVEDO CORTES C.C. 51.899.799. De Bogotá

La suma de CINCO MILLONES OCHOCIENTOS UN MIL DOCIENTOS CINCUENTA PESOS (\$5.801. 250..) por concepto de pago del mes de noviembre de 2017, correspondientes a las actividades de verificación de identidad con las actas de examinandos, como consta en el contrato de prestación de servicios 349 del 25 de mayo de 2017 según lo previsto en la forma de pago del mismo.

Por lo anterior solicito que dicho valor sea consignado en la cuenta de ahorros a mi nombre del Banco BBVA con No 691051874.

Se firma a los 24 días del mes de noviembre de 2017

LUZ MERLY ACEVEDO CORTES

C.C. 51.899. 799. Bogota.

Bogotá D.C., 24 de noviembre de 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 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:

 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 de noviembre, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,

LUZ MERLY ACEVEDO CORTES

Contratista

C.C. 51.899.799. Bogotá.



Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a):

LUZ MERLY ACEVEDO CORTES

No. Identificación:

CC51899799

Dirección:

CALLE 3 # 38 90 INT 1 APTO 407

Telefono:

6058145

Correo:

kevinsol58@yahoo.com

Ciudad:

BOGOTÁ, D.C.

Número de Planilla:

8323116447

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ MERLY ACEVEDO CORTES
Tipo y número de identificación	CC51899799
Número de planilla	8323116447
Fecha pago	2017-11-22
Número de autorización pago	29864432
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2017
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2017
Número de Administradoras	4
Total Pagado	233000
Total Intereses de Mora	o

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-18	Liberty Seguros de Vida	7800	
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	118100	1/
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	14800	1
EPS008	Compensar EPS	92300	

TIPO DOC .:

CC

NO. DOCUMENTO:

51899799

APELLIDOS Y NOMBRES:

LUZ MERLY ACEVEDO CORTES

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	737717	737717	737717	737717	92300	0	118100	0	7800	0



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



PAG 2 de 2

The state of the s			DA	DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	ORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
99	51899799	LUZ MERLY ACEVEDO CORTES	VEDO CORTES	CALLE 3 # 38 90 INT 1 6 APTO 407	6058145	kevinsol58@yahoo.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA	CLASE	NOMBRE	cópigo	DEPARTAMENTO	5	CIUDAD / MUNICIPIO	
LINICA	1 - Independente			BOGOTÁ D. C.		BOGOTÁ, D.C.	ON

PERIC	PERIODO COTIZACIÓN	TIZACK	NO				
SALUD		DIFERE	DIFERENTE A	PLANILLA	(DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
MES AÑO	2017	MES	AÑO				
1 20	2017	11	2017	z	22/11/2017	8323765305	\$499.200

-												-			1		-	-	200	B 140004 8000010			D	CCF		TREAD LINE	PARAFISCALES	NES .	
		MECONACIÓN COTIZANTE			INFOR	INFORMACIÓN NOVEDADES	OVEDADES					PENSIÓN					SALUD		-	9000	-		-	-	1	-	-	-	-
		INCOMMENCION COLUMNIA		-		-	F	F	1	1	-	-	-																
od Tipo	No. Tipo Identificación	Apellidos y Nombres	Colizante Sublispo Transport	obstener3 obstener3 owi Tak	BAT SAT SGT	MAT TEV TEV	AMJ VAC SAV	COMMECCION	A564.	BC AFP	offzación	ohuntari V	oluntario portania	Fondo ensional de sildaridad	IBC AFP Cottacolon (Voluntario pensional pensional de EPS (BC) Approximation Approximation Approximation of Affiliation Approximation Approxi	Cod.	S S S S S S S S S S S S S S S S S S S	IBC EPS Cottacton / C6d. Valor UPC ARL	ARL IB	C ARL R	3	ración 69	dige iBC	Apo CCF CCF	IBC ARI. Class Cottandon Codigo IBC CCF Aporta IBC otros Aporta Aporta Aporta Aporta CBF ESAP.	scales SE	NA Apor	te Aport	Aports
				9							Contract of the Contract of th				1	1	-	1	1	1	1	1	1						5
			-		-		F	F	10.00	9 420 500 421 300	171 300	0	0	0	0	EPS008 2.	320.500	EPS008 2,320,500 290,100 14-18 2,320,500	4-18 2.	320.500	2	4,300 CI	F24 2.32t	24,300 CCF24 2,320,500 46,500	200		0	-	,
1 00	CC 51899799	ACEVEDO CORTES LUZ MERLY	0 69	z					_	2000	2001110	-	-	1	1	1	1	-	-										





PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



Specific System (Specific System)

PAG 1 de 2

		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y	SALUD	ON
	CORREO	kevinsol58@yahoo.com	CIUDAD / MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.
	TELÉFONO	6058145	CIU	
DATOS DEL APORTANTE	DIRECCIÓN	CALLE 3 # 38 90 INT 1 APTO 407	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D. C.
DAT	RTANTE	DO CORTES	cópigo	
	NOMBRE APORTANTE	LUZ MERLY ACEVEDO CORTES	NOMBRE	
	NÚMERO	51899799	CLASE	1 – Independiente
	OdIT	22	FORMA	ÚNICA

				DATOS	DATOS DE LA PLANILLA		
-	ERIODO	PERIODO COTIZACIÓN	NO				
SAL	SALUD	DIFER	SALUD	PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÜMERO	TOTAL A PAGAR
MES	AÑO	MES	AÑO				
=	2017	11	2017	z	22/11/2017	8323765305	\$499.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

		TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	TIN	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapaci	dades	Licencia Ma	aternidad	Dias Mora	Valor Mora	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Cotización			
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	197,800	0		0		0	0	0	0	197.800	-

	TOTAL	TOTALES PENSIÓN										
Código AFP	Nombre	TIN	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
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004-7	253.200	0	0	0	°	0	0		253.200	1-

7	No. A					d	781	j.,		
	Total a Pagar	31.700	The state of the s				100			
	Valor Mora Aporte	0	4	No. Affilados		0		0	TO SHOW THE	1
	Dias Mora	0		Total a Pagar		0		0		
	porte	00	1	Tota						
	Valor Aporte	31.700	0	Aporte						
CAJAS	TIN	860066942-7	TOTALES PARAFISCALES	Valor Mora Aporte	SENA	0	ICBF	0	ESAP	MEN
TOTALES CAJAS	Nombre	Compensar Caja de Compensacion Filar	TOTALES	Dias Mora		0		0		
	Código CCF	CCF24		Valor Aporte		0		0		

	TOTALES POR SUBSISTEMA	JBSISTEMA	
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud		197.800	197.800
Pensión		253.200	253.200
Riesgos Laborales		16.500	16.500
coF	The same of the sa	31.700	31.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	499.200	499.200