TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES
No. 20172001211612
Fecha Radicado: 2017-10-27 10:08:49
Anexos: 7 ANEXOS

Bogotá D.C., octubre 26 de 2017

Doctor (a)
Subdirector (a) de Abastecimiento y Servicios G
ICFES

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE
No. 20172001211592
Fecha Radicado: 2017-10-27 10:08:00
Anexos: 7 ANEXOS

Asunto: Radicación de cuenta de cobro, informe de actividades y demás soportes requeridos para el trámite de pago N° 1 – Contrato 448 de 2017

Respetado Doctor,

Con el objetivo de tramitar el pago N° 1 del Contrato 448 de 2017, anexo a la presente los documentos correspondientes al periodo comprendido entre 18 de octubre y el 31 de octubre de 2017, así:

- ✓ Certificado original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado
- ✓ Original cuenta de cobro
- ✓ Copia del comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales
- ✓ Carta de solicitud de disminuciones en la base de retención en la fuente
- ✓ Informe de ejecución contractual del periodo señalado

Cordialmente,

SEBASTIAN ESTRADA JARAMILLO
Contratista CPS N° 448 de 2017

Anexos

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN · MINEDUCACIÓN · icfes	**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:** **26/10/2017**

Contrato No:	448	**Fecha de contrato:**	**18/10/2017**			**Nombre de Contratista**	**Sebastian Estrada Jaramillo**		
No. de factura o documento equivalente:	1	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**		**NIT / C.C contratista:**	**1.144.033.105**	
Comprobante de ingreso a almacén No:		**Pago número:**	1				**Periodo a pagar:**	**DE:**	**A:**

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 cumplimiento de:
- Entrega del siguiente producto: Cronograma de Acciones a realizar durante el 2017 para estandarizar los procesos de la SDI

Así como el cumplimiento de las siguientes obligaciones:

a. Asistencia a reunión de grupo con la Directora de Evaluación.
b. Asistencia a reunión Contrato Diseño
c. Asistencia a reunión de revisión temas contractuales de la SDI
d. Asistencia a reunión de revisión de procedimientos SDI
e. Asistencia Reunión Proyecto especial con República Dominicana.
f. Revisión de Funciones de la SDI
g.Revisión del estado de los Marcos de Referencia, Guías de Orientación, Comités Técnicos de Área y Talleres de Niveles de Desempeño.
h. Revisión y ajuste de Estudio Previos de la SDI 2018
i. Revisión del estado del Proyecto de Gestión del Conocimiento.
j. Seguimiento al estado de pagos de MR pruebas psicotécnicas patrulleros.
k. Recopilación de los comentarios de los procesos y procedimientos de la SDI.
l. Revisión de solicitudes de alimentación, refrigerios y pagos de comisionados, que se requieren de acuerdo a lo contratado con el operador - Corpoeducación.
m. Actuar como asesor en los procesos de revisión de las acciones a realizar con las futuras guías de orientación y marcos de referencia
n. Definir pendientes a elaborar durante el 2017

5. Asistir comité Directivo

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.

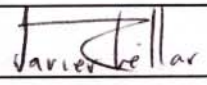
2. Que el contratista anexa evidencia de pago al sistema de seguridad social y parafiscales.

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**
CCMV02	Subdirección diseño de instrumentos	7.000.000

Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)**	**7.000.000**

**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**
FIRMA:	
CARGO:	**Director de Evaluación (E)**

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN · MINEDUCACIÓN · icfes	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. 299, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	SEBASTIAN ESTRADA JARAMILLO				**C.C. / C.E. No.:**	1.144.033.105	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	**18/Oct/2017**	**Hasta**	**31/Oct/2017**	**INFORME No.:**	**1**	

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	448	**Fecha de inicio**	18/Octubre/2017	**Fecha de terminación**	31/DICIEMBRE/2017
Objeto del Contrato: ***De conformidad con la cláusula*** *SEGUNDA,* ***el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera:*** *"Prestación de servicios profesionales de asesoría técnica para la estandarización de los reportes técnicos y diseño del prearmado de pruebas y recomendaciones en el fortalecimiento de la tarea de los gestores que serán trasladados funcionalmente de la Subdirección de Diseño de Instrumentos."*					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula* ***SÉPTIMA*** *del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* ***VEINTIÚN MILLONES DE PESOS M/CTE ($21.000.000 mcte)***				***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME: 0 PESOS*** *M/CTE ($0 m/cte).*	
SALDO DEL CONTRATO: *VEINTIÚN MILLONES DE PESOS M/CTE ($21.000.000 m/cte)*				***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula* ***DECIMA*** *del contrato, el plazo del mismo se pactó hasta el 31/DICIEMBRE/2017, contados a partir de la fecha suscripción del contrato.*	
DESARROLLO DEL CONTRATO:	***El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:*** • ***El 18/10/2017 se suscribió el contrato entre las partes contratantes.*** • *El* ***24/10/2017*** *se firmó el acta de inicio del 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:*** *"i) Un primer pago para el mes de octubre, contra entrega del diagnóstico técnico del actual estado de la Subdirección de Diseño de Instrumentos y plan de actividades, por valor de SIETE MILLONES PESOS M/CTE ($7.000.000) IVA incluido y ii) Dos (2) pagos iguales, por valor de SIETE MILLONES PESOS M/CTE ($7.000.000) IVA incluido, a partir del mes de noviembre y hasta el mes de diciembre de 2017..* *Los anteriores valores que serán pagados por la entidad previa entrega de los informes o entregables de acuerdo con las actuaciones realizadas por el contratista, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato y constancia de pago de los aportes correspondientes al sistema de seguridad social integral, los cuales deberán cumplir las previsiones legales. Para el mes de diciembre, además de los requisitos anteriores, se requerirá la presentación y aprobación del informe final de gestión y la entrega efectiva de los elementos físicos y documentos que se dispusieron por parte del*

	ICFES para el desarrollo de las obligaciones contractuales. Las demoras en la presentación de los anteriores documentos, serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Los anteriores pagos, están sujetos a las fechas dispuestas por la Subdirección Financiera y Contable."

***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.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

PAGO QUE SE EFECTÚA 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.	Asistencia a reuniones de: a. Asistencia a reunión de grupo con la Directora de Evaluación. b. Asistencia a reunión Contrato Diseño c. Asistencia a reunión de revisión temas contractuales de la SDI d. Asistencia a reunión de revisión de procedimientos SDI e. Asistencia Reunión Proyecto especial con República Dominicana.	**100%**
2.	Revisión de Funciones de la SDI	**100%**
3.	Revisión del estado de los Marcos de Referencia, Guías de Orientación, Comités Técnicos de Área y Talleres de Niveles de Desempeño.	**100%**
4.	Revisión y ajusgte de Estudio Previos de la SDI 2018	**100%**
5.	Revisión del estado del Proyecto de Gestión del Conocimiento.	**100%**
6.	Seguimiento al estado de pagos de MR pruebas psicotécnicas patrulleros.	**100%**
7.	Recopilación de los comentarios de los procesos y procedimientos de la SDI	**100%**
8.	Revisión de solicitudes de alimentación, refrigerios y pagos de comisionados, que se requieren de acuerdo a lo contratado con el operador Corpoeducación	**100%**
9.	Actué como asesor en los procesos de revisión de las acciones a realizar con las futuras guías de orientación y marcos de referencia pendientes a elaborar durante el 2017	**100%**

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

1	**Cronograma de Acciones a realizar durante el 2017 para estandarizar los procesos de la SDI**
2	

6. CONSTANCIAS

El supervisor o interventor ***Edwin Cuellar – Director de Evaluación (E)*** *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 Cuellar – Director de Evaluación (E), *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 **(26)** de **(10)** de **(2017)**

SEBASTIAN JARAMILLO ESTRADA
Elaboró

LAURA SANTIUSTI
Revisó

EDWIN CUELLAR
Aprobó

Bogotá D.C., Octubre 26 de 2017

Doctor
Edwin Cuellar
Director de Evaluación (E)
Instituto Colombiano para la evaluación de la educación ICFES

Referencia Número de planilla **22721856**, pago salud, pensión y ARL.

El ICFES debe la suma de $**7.000.000**, valor que corresponde al primer pago pactado en el contrato de prestación de servicios **448** de 2017.

Por favor consignar $7.000.000 en la siguiente cuenta:

TIPO DE CUENTA	No. DE CUENTA	ENTIDAD BANCARIA	VALOR
CUENTA AHORROS	113-218679-11	BANCOLOMBIA	$ 7.000.000

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 **448** de fecha 18 de octubre 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,

SEBASTIAN ESTRADA JARAMILLO
C.C. 1.144.033.105 de Cali

Bogotá D.C., 26 de octubre 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 octubre 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. 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 **OCTUBRE**, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,

SEBASTIÁN ESTRADA JARAMILLO
C.C. 1.144.033.105 de Cali

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	1144033105	Sebastian Estrada Jaramillo	Cra 6 #53-26 Apto 605	3043390099	sestradaj90@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				
10	2017	10	2017	I	03/10/2017	22721856	$789.400

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					
EPS016	Coomeva EPS	805000427-1	340.000	0		0		0	0	0	0	340.000	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	435.200	0	0	0	0	0	0		435.200	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										
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	860011153-6	14.200				14.200	0	0	14.200			142	14.200	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	340.000	340.000
Pensión	1	435.200	435.200
Riesgos Laborales	1	14.200	14.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	789.400	789.400

PAGADA 22721856

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
CC	1144033105	Sebastian Estrada Jaramillo		Cra 6 #53-26 Apto 605	3043390099	sestradaj90@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							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
10	2017	10	2017	I	03/10/2017	22721856	$789.400

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	IGE	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	1144033105	ESTRADA JARAMILLO SEBASTIAN	59	0			N																	230201	2.720.000	435.200	0	0	0	0	EPS016	2.720.000	340.000	14-23	2.720.000	1	14.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA
22721856

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