Bogotá D.C., 25 de junio de 2018

20182000474112A
20182000474102F

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

Asunto: Radicación cuenta de cobro del mes de junio de 2018

Por medio de la presente me permito adjuntar los documentos correspondientes a la cuenta de cobro del mes de junio, del contrato N° 011 de 2018 bajo la supervisión de la Subdirección Financiera y Contable.

A continuación hago relación de los documentos entregados:

- G3-FT001 Certificado de cumplimiento.
- Cuenta de cobro.
- Certificación tributaria.
- Pago de la planilla de seguridad social y aportes parafiscales
- G3-FT004 Informe de ejecución.

Cordialmente,

Oscar Felipe Polania Ibarra
C.C 7.711.244 de Neiva

icfes mejor saber	GOBIERNO DE COLOMBIA	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO	Código: G3-FT001
			Versión: 002

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: 25/06/2018

Contrato No:	11	**Fecha de contrato:**	02/01/2018	**Nombre de Contratista**	**Oscar Felipe Polanía Ibarra**
No. de factura o documento equivalente:	6	**Contrato con adición (marque con una X)**	SI / NO X	**NIT / C.C contratista:**	**7,711,244**
Comprobante de ingreso a almacén No:		**Pago número:**	6	**Periodo a pagar:**	DE: 01/06/2018 A: 30/06/2018

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.**

Realización de informe mensual para Ministerio de Hacienda de ejecución presupuestal
Liquidación y validación presupuestal de nómina y aportes parafiscales del mes de junio y retroactivo enero 2018
Expedición de CDPs y RPs
Realización de informe semanal de ejecución presupuestal de ingresos y gastos
Proyecciones tasa de cambio USDCOP
Dar respuesta a comunicaciones internas y externas de la entidad
Revisión presupuestal cuentas de cobro contratistas
Liquidación de viáticos y servicios públicos

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
CCAS02	Subdirección Financiera y Contable	$ 6,096,686
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)** **6,096,686**

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**JOSÉ GABRIEL SILVA BARROS**
FIRMA:	
CARGO:	**Subdirector Financiero y Contable**

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. ***011 de 2018****, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.*

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	**Oscar Felipe Polanía Ibarra**				**C.C. / C.E. No.:**	7.711.244	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	01/06/2018	**Hasta**	30/06/2018		**INFORME No.:**	**6**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	011	**Fecha de inicio**	02/01/2018	**Fecha de terminación**	31/12/2018

Objeto del Contrato: *De conformidad con la cláusula* ***SEGUNDA****, el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera:* ***"Prestar sus servicios profesionales para apoyar a la Subdirección Financiera y Contable en las actividades relacionadas con la programación, ejecución y seguimiento al presupuesto de ingresos y gastos del ICFES".***

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula* ***SÉPTIMA*** *del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* ***SETENTA Y TRES MILLONES CIENTO SESENTA MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($73.160.232) MCTE.***	***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *"A la fecha el valor ejecutado ha sido por la suma de* ***TREINTA MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS MCTE ($30.483.430). IVA incluido"***
SALDO DEL CONTRATO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME: CUARENTA Y DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS DOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($42.676.802) MCTE.	***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula* ***OCTAVA*** *del contrato, el plazo del mismo se pactó en* ***DOCE (12)*** *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* ***2*** *de enero de* ***2018*** *se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El* ***3*** *de enero de* ***2018*** *se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No.* ***011****.* • *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: "****El ICFES pagará al contratista el valor del contrato***

	así: doce (12) pagos mensuales por valor de SEIS MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS ($6.096.686) MCTE."

***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. de factura o documento equivalente	Fecha de factura o documento equivalente	Concepto	Valor
1	24/01/2018	Primer pago ejecución contrato	$ 6.096.686
2	26/02/2018	Segundo pago ejecución contrato	$ 6.096.686
3	25/03/2018	Tercer pago ejecución contrato	$ 6.096.686
4	25/04/2018	Cuarto pago ejecución contrato	$ 6.096.686
5	25/05/2018	Quinto pago ejecución contrato	$ 6.096.686
	DD/MM/AAAA		$
	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						
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Realización de informe mensual para Ministerio de Hacienda de ejecución presupuestal	**100%**
2	Liquidación y validación presupuestal de nómina y parafiscales del mes de junio, así como retroactivo de enero 2018	**100%**
3	Realización de certificaciones de disponibilidad presupuestal	**100%**
4	Expedición de CDPs y RPs	**100%**
5	Realización de informe semanal de ejecución presupuestal de ingresos y gastos	**100%**
6	Proyecciones tasa de cambio USDCOP	**100%**

7	Revisión presupuestal de cuentas de cobro de contratistas	**100%**
8	Dar respuesta a comunicaciones internas y externas de la entidad	**100%**
9	Liquidación de viáticos así como servicios públicos	**100%**

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

1	Archivos que soportan la realización de actividades ejecutadas

6. CONSTANCIAS

*El supervisor o interventor **José Gabriel Silva** 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.*

***José Gabriel Silva** , 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 **(25)** de **(junio)** de **(2018)**

Elaboró	Revisó	Aprobó

Bogotá, junio 25 de 2018

Cuenta de Cobro No 06

El Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación - ICFES

Nit. 860.024.301-6

Debe a:

Oscar Felipe Polanía Ibarra

C.C. 7.711.244 de Neiva

La suma de:

Seis millones noventa y seis mil seiscientos ochenta y seis pesos m/cte.

($6.096.686)

Por concepto de: Sexto pago del 01/06/2018 al 30/06/2018 correspondiente a la prestación de servicios profesionales según lo pactado en el contrato número 011 de 2018.

Favor consignar a:
Cuenta de ahorros de Banco ITAU N° 720070498
La suma de: $6.096.686 pesos moneda corriente.

Régimen Simplificado

Cordialmente;

Oscar Felipe Polanía Ibarra
C.C 7.711.244

Bogotá D.C., 25 de junio de 2018

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 junio de 2018.

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

2. Certificado de Pago Plan Complementario – Compensar año 2017

3. Registro civil de nacimiento de hijo – Thomás Polanía Alvarado

4. Certificado de Banco Itau pago de intereses de Leasing Habitacional año 2017.

Cordialmente,

Oscar Felipe Polanía Ibarra
C.C. 7.711.244 de Neiva

Itaú

CERTIFICADO PARA EL
AÑO GRAVABLE 2017

ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.
NIT. 890903937-0
Cra. 7 No. 99 53

NOMBRE	**IDENTIFICACION**
OSCAR POLANIA IBARRA	CC 7711244
ANGYE ALVARADO PRIETO	CC 1022371404

OBLIGACION: Leasing Habitacional en PESOS **122369**

MONTO INICIAL DEL DESMBOLSO	250000000.00
FECHA DESEMBOLSO	2015/04/28
FECHA DE CANCELACION O ULTIMO PAGO	2028/06/28
SALDO A DICIEMBRE 31	186109104.00
ADICIONES O DISMINUCIONES	-50014512.00
CORRECCION MONETARIA (1)	0.00
INTERESES PAGADOS LEASING HABITACIONAL (2)	21616931.00
VALOR DEDUCIBLE (1+2)	21616931.00
SANCIONES CAUSADAS Y PAGADAS	0.00

ESTE CERTIFICADO NO REQUIERE FIRMA AUTOGRAFA (ART. 10 DECRETO 836 DE 1991)

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1014896760

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57942079

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 42 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 H

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

Datos del inscrito

Primer Apellido: POLANIA

Segundo Apellido: ALVARADO

Nombre(s): THOMAS

Fecha de nacimiento: Año 2017 Mes DIC Día 21

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 14481612-7

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: ALVARADO PRIETO ANGYE KATHERINE

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1022371404 DE BOGOTA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: POLANIA IBARRA OSCAR FELIPE

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 7711244 DE NEIVA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: POLANIA IBARRA OSCAR FELIPE

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 7711244 DE NEIVA

Firma:

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 2017 Mes DIC Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUIS SIMON GIL GUZMAN

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA CINCUENTA Y DOS DE BOGOTÁ D.C.

Esta fotocopia reproduce al Folio original que reposa en nuestro archivo. ***SOLO ES VALIDA PARA DEMOSTRAR PARENTESCO ANTE***_____
SE EXPIDE A SOLICITUD DE_____**C.C.**_____
El uso para otra finalidad y autoridad distintas podría constituir atentando contra el derecho a la intimidad bajo recibo del interesado (a) conforme al (ART. 115 del Decreto 1260 de 1970). **BOGOTA D.C.**

29 DIC 2017

NOTARIA 52 BOGOTA, D.C.

LUIS SIMON GIL GUZMAN
NOTARIO 52 DE BOGOTA ENCARGADO

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	7711244	OSCAR FELIPE POLANIA IBARRA		CALLE 145 A No 21-29 APTO 201	3569528	FELIPEPOLANI@HOTMAIL.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				
6	2018	6	2018	I	06/06/2018	27836672	$708.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIES GOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Colombiano en el exterior	Exonerado	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	LMA	VAC	AVP	VST	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	7711244	POLANIA IBARRA OSCAR FELIPE	59	0		N															230301	2.440.000	390.400	0	0	0	0	EPS008	2.440.000	305.000	14-18	2.440.000	1	12.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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	7711244	OSCAR FELIPE POLANIA IBARRA		CALLE 145 A No 21-29 APTO 201	3569528	FELIPEPOLANI@HOTMAIL.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				
6	2018	6	2018	I	06/06/2018	27836672	$708.200

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	305.000	0		0		0	0	0	0	305.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	390.400	0	0	0	0	0	0		390.400	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	Lib-Seg-De Vida	860008645-7	12.800				12.800	0	0	12.800			128	12.800	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	305.000	305.000
Pensión	1	390.400	390.400
Riesgos Laborales	1	12.800	12.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES		708.200	708.200

27836672

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