Bogotá D.C., 25 de mayo de 2018

20182000407652 A
20182000407642 F

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

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

Por medio de la presente me permito adjuntar los documentos correspondientes a la cuenta de cobro del mes de mayo del contrato N° 013 de 2018 bajo la supervisión de la Secretaria General.

A continuación hago relación de los documentos entregados:

1. Certificado de cumplimiento
2. Cuenta de cobro
3. Certificación tributaria
4. Registro Civil de Martin Ramirez Chavarro
5. Pago de la planilla de seguridad social y aportes parafiscales
6. Informe de ejecución

Cordialmente,

Olga Lucia Chavarro

Olga Lucia Chavarro Vasquez
C.C. 52.419.515 de Bogotá D.C.

Folios: 9

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN · MINEDUCACIÓN · icfes saber	**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:** **25/05/2018**

Contrato No:	13	**Fecha de contrato:**	**02/01/2018**		**Nombre de Contratista**	**OLGA LUCIA CHAVARRO**		
No. de factura o documento equivalente:	5	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**	**NO** X	**NIT / C.C contratista:**	**52,419,515**		
Comprobante de ingreso a almacén No:		**Pago número:**	5		**Periodo a pagar:**	**DE:** 01/05/2018	**A:**	31/05/2018

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.**

Identificar y registrar los ingresos de la entidad
Revisión y consolidación de cartera
Apoyar en la evaluación financiera de procesos de contratación
Realizar facturación a clientes por proyectos especiales
Realizar estudios para procesos de contratación

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**
CCAS04	Tesorería	6.800.000
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)** **6.800.000**

**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:	**JOSE GABRIEL SILVA**
FIRMA:	
CARGO:	**SUBDIRECTOR FINANCIERO Y CONTABLE**

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

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	Olga Lucia Chavarro Vásquez				**C.C. / C.E. No.:**	52.419515	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	01/05/2018	**Hasta**	31/05/2018		**INFORME No.:**	**5**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	13	**Fecha de inicio**	03/01/2018	**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:* ***"Prestación de servicios profesionales para apoyar a la Subdirección Financiera y Contable en la identificación y registro de ingresos en el sistema financiero, conciliación de recursos presupuestales y contables, valoración del portafolio, brindar apoyo en el comité de inversiones y elaborar la facturación.".***

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula* ***SÉPTIMA*** *del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* ***OCHENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($81.600.000)****, los cuales incluyen IVA, Impuestos, tasas, contribuciones y los demás gastos directos e indirectos que se requieran para el cumplimiento del contrato.*	***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** **$ 27.200.000 IVA INCLUÍDO**
SALDO DEL CONTRATO: *De acuerdo a la clausula SÉPTIMA* ***del contrato, el valor del mismo fue por la suma de*** *OCHENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($81.600.000),* ***por lo que el saldo es*** **$ 54.400.000**	***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula* ***DECIMA*** *del contrato, el plazo del mismo se pactó hasta el 31 de diciembre de 2018, contados a partir de la fecha suscripción del acta de inicio, es decir 12 meses.*
DESARROLLO DEL CONTRATO:	***El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:*** • *El* ***02*** *de* ***ENERO*** *de* ***2018*** *se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El* ***03*** *de* ***ENERO*** *de* ***2018*** *se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No.* ***013****.*

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 cancelará al contratista el valor del contrato en doce (12) pagos mensuales por valor de SEIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.800.000) 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	24/01/2018	Primer pago del 03/01/2018 al 31/01/2018	*$6.800.000*
2	26/02/2018	Segundo pago del 01/02/2018 al 28/02/2018	*$6.800.000*
3	26/03/2018	Tercer pago del 01/03/2018 al 31/03/2018	*$6.800.000*
4	25/24/2018	Cuarto pago de 01/04/2018 al 30/04/2018	*$6.800.000*

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	Identificar y registrar los ingresos de la entidad	**100%**
2	Revisar y consolidar la cartera	**100%**
3	Apoyar en la evaluación financiera de procesos de contratación	**100%**
4	Realizar facturación a clientes por proyectos especiales	**100%**

5	Realizar estudios para procesos de contratación	**100%**
6		
7		

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

1	
2	
3	

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 **(05)** de **(2018)**

Olga Chavarro
Elaboró

Revisó

Aprobó

Bogotá, mayo 25 de 2018

Cuenta de Cobro N°5

El Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación - ICFES

Nit. 860.024.301-6

Debe a:

Olga Lucia Chavarro Vásquez

C.C. 52.419.515 de Bogotá.

La suma de:

SEIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE.

($6.800.000)

Por concepto del quinto pago del 1/05/2018 al 31/05/2018 correspondiente a la prestación de servicios profesionales administrativos y financieros según lo pactado en el contrato número 013 de 2018.

Favor consignar a:
Cuenta de ahorros del Bancolombia: N°20795850920
La suma de: $6.800.000 pesos moneda corriente.

Régimen Simplificado

Cordialmente;

Olgalucia Chavarro

OLGA LUCIA CHAVARRO VASQUEZ.
C.C 52.419.515
CEL 3103343535

Bogotá D.C., 25 de mayo del 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 mayo 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. **Dependiente:** Martín Ramírez Chavarro, registro civil 1013007484

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

Cordialmente,

Olga Lucia Chavarro

OLGA LUCIA CHAVARRO VASQUEZ
C.C. 52419515 de BOGOTA

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

NUIP	1013007484

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33146707

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	27				9790

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ **********	CHAVARRO **********

Nombre(s): MARTIN **********

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010	Mes JUN	Día 11	Masculino	O	Positivo

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	103436697-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CHAVARRO VASQUEZ OLGA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 52419515	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ ARCE GERMAN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.980.740	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ ARCE GERMAN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.980.740	X 79980

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 2010 Mes JUN Día 15	MANUEL CASTRO BLANCO Nombre y firma

COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL
MANUEL CASTRO BLANCO
FUNCIONARIO AUTORIZADO

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

33146707

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

ISO / IEC 27001 Icontec Certificado N° SC 556-1

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52419515	olga lucia chavarro vasquez		cr19a 107-81	6192217	olucicha@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				
5	2018	5	2018	I	08/05/2018	27454114	$790.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Días cotizados	Sanción	Extranjero	Cotiza exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	INR	LMA	VAC	AVP	VIT	IGE	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 riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52419515	CHAVARRO VASQUEZ OLGA LUCIA	59	0			N																	25-14	2.720.000	435.200	0	0	0	0	EPS005	2.720.000	340.000	14-18	2.720.000	1	14.200		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	52419515	olga lucia chavarro vasquez		cr19a 107-81	6192217	olucicha@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							
SALUD		DIFERENTE A SALUD		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	I	2018/05/08 08/05/2018	335555692 27454114	$790.200

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	340.000	0		0		0	1	300	0	340.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	435.200	0	0	0	0	1	400	0	435.600	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	14.200				14.200	1	100	14.300			142	14.300	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	340.300
Pensión	1	435.200	435.600
Riesgos Laborales	1	14.200	14.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	789.400	790.200

27454

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