Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

No. 20182000756192
Fecha Radicado: 2018-08-27 11:32:18
Anexos: 8 FOLIOS.

Bogotá D.C., 27 de agosto de 2018

No. 20182000756182
Fecha Radicado: 2018-08-27 11:31:52
Anexos: 8 FOLIOS.

Señores
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES
Subdirección de Abastecimiento y Servicios Generales

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

Por medio de la presente me permito adjuntar los documentos correspondientes a la cuenta de cobro del mes de agosto, 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 Vásquez
C.C. 52.419.515 de Bogotá D.C.

Folios: 9

icfes mejor saber	GOBIERNO DE COLOMBIA	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO**	**Código: G3-FT001**
			Versión: 003

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: ago-2018

Contrato No:	13	**Fecha de contrato:**	**02/01/2018**			**Nombre de Contratista**	**OLGA LUCIA CHAVARRO**		
No. de factura o documento equivalente:	8	**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:**	8			**Periodo a pagar:**	**DE:** **01/08/2018**	**A:**	**31/08/2018**

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

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**

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**JOSE GABRIEL SILVA**
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. 013 de2018, 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**	01/08/2018	**Hasta**	31/08/2018	**INFORME No.:**	**8**

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) MCTE**, precio correspondiente a 8.70 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2018.*				***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de **CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($47.600.000) MCTE.***	
SALDO DEL CONTRATO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME: *El saldo del contrato es de la suma de **($34.000.000) M/CTE.***				***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula **DECIMA** 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 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. de factura o documento equivalente	Fecha de factura o documento equivalente	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	25/04/2018	Cuarto pago de 01/04/2018 al 30/04/2018	$6.800.000
5	25/05/2018	Quinto pago de 01/05/2018/ al 31/05/2018	$6.800.000
6	25/06/2018	Sexto pago de 01/06/2018/ al 30/06/2018	$6.800.000
7	25/07/2018	Séptimo pago de 01/07/2018/ al 31/07/2018	$6.800.000
	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	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		%

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

1	
2	
3	
4	
5	

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 **(27)** de **(08)** de **(2018)**

Elaboró	Revisó	Aprobó

Bogotá, agosto 27 de 2018

Cuenta de Cobro N°8

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 octavo pago del 1/08/2018 al 31/08/2018 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;

Olga Lucia Chavarro.

OLGA LUCIA CHAVARRO VASQUEZ.
C.C 52.419.515
CEL 3103343535

Bogotá D.C., 27 de agosto 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 agosto 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 agosto 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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 [X] Número 27 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9 7 9 0

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

Datos del inscrito

Primer Apellido: RAMIREZ **********
Segundo Apellido: CHAVARRO **********
Nombre(s): MARTIN **********

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

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 910348697-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CHAVARRO VASQUEZ OLGA LUCIA
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 52419515
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ ARCE GERMAN ANDRES
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.980.740
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ ARCE GERMAN ANDRES
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.980.740
Firma: 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

Año 2010 Mes JUN Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MANUEL CASTRO BLANCO
Nombre y firma

COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

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				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I	03/08/2018	29295566	$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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										
14-16	Lib Seg. De Vida	860003645-7	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

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 107-61	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				
8	2018	8	2018	I	03/08/2018	29295566	$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	Colombiano en el Exterior	Exonerado	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	TDF	TAF	VSP	SLN	LMA	VST	SUS	IGE	VAC	RET	RML	CONDICIÓN	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	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	I	14.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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