Bogotá, 25 de mayo de 2018

JOSE GABRIEL SILVA
Subdirección Financiera y Contable
ICFES

20182000412272A
20182000412262F

Asunto: Radicación de cuenta de cobro, informe de actividades y demás soportes requeridos para el trámite de pago N° 5 del Contrato 34 de 2018.

Respetado Doctor,

Con el objetivo de tramitar el pago N° 5 del Contrato 34 de 2018, anexo a la presente los documentos correspondientes al periodo comprendido entre 1 de mayo y el 31 de mayo de 2018, así:

- ✓ Copia del certificado de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado
- ✓ Original de la Cuenta de cobro
- ✓ Certificación tributaria
- ✓ Copia del comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales
- ✓ Informe de ejecución contractual del periodo señalado

Cordialmente,

Adriana P. Corredor
ADRIANA PATRICIA CORREDOR
Contratista CPS N° 34 de 2018

Anexos

GOBIERNO DE COLOMBIA	**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:	34	**Fecha de contrato:**	**03/01/2018**			**Nombre de Contratista**	**Adriana Patricia Corredor**		
No. de factura o documento equivalente:	5	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**X**	**NIT / C.C contratista:**	**1.031.149.285**	
Comprobante de ingreso a almacén No:	N/A	**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.**

Se certifica el cumplimiento de:
1- Se continuó con la actualización del procedimiento en la herramienta de Bizagi, de Asignación de puntajes y Análisis de ítem.
2- Se atendieron las sugerencias realizadas desde Planeación para incorporar las actividades de análisis de pilotos.
3. Se realizaron las respectivas reuniones con la OAP para ajustar los procedimientos desde la mirada de arquitectura empresarial.
4- Se dio inicio a la sesión del contrato de Andrés Pez.
5- Se gestionaron por mesa de ayuda los requerimientos pertinentes de acuerdo a necesidades (incluidas las de inicio de Andres Paez).
6- Se apoyó la gestión para trámite de cuentas de cobro y su gestión en SECOP.
7- Se realizó segunda citación a seguimiento de temas de auditoria con gestores de Subdirección de Producción de Instrumentos y Diseño de Instrumentos.
8- Se hizo seguimiento a mapa de riesgos, e información del DAFP.
9- Se ha hecho seguimiento a la entrega de informe de actividades definidas en el procedimiento de asignación de puntajes.
10- Se asistirá a la reunión dirigida por la Oficina de planeación para suministrar la información relacionada a la Subdirección de Estadísticas con el contratista Mario Carrasco el 31 de mayo de 2018 en las horas de la mañana.
11- Se radicaron por Orfeo, las diferentes comunicaciones internas de acuerdo a los casos requeridos.
12- Se dio gestión a las comunicaciones externas que a la fecha han llegado a la dependencia con el respectivo visto bueno de la Directora de Evaluación.
13. Se han realizado correos informativos en los que se mantiene al tanto a cada contratista de la Subdirección de Estadísticas de las novedades en calidad y gestión que les compete.
14- Se tiene planeado realizar la actualización del Subproceso C6 en la plataforma de DARUMA.

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**
CCMV03	Subdirección de estadísticas		4.280.300
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)**	**4.280.300**

**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 Caicedo**
FIRMA:	
CARGO:	**Subdirector de Estadisticas**

Bogotá DC., 25 de mayo de 2018

Doctor
Edwin Javier Cuellar Caicedo
Subdirector de Estadísticas
Instituto Colombiano para la evaluación de la educación ICFES

Referencia: Número de planilla 27380989. Pago salud, pensión y ARL.

El ICFES debe la suma de. **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE ($4.280.300),** valor que corresponde al quinto pago pactado en el contrato de prestación de servicios 34 de 2018.

Por favor consignar el monto total del pago, en la siguiente cuenta:

- Bancolombia
- Cuenta de ahorros: 03348200282

Adicionalmente solicito que este aporte sea tenido en cuenta para obtener el beneficio tributario previsto en las normas legales vigentes.

De conformidad con el Decreto 2217 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 34 de fecha (3/01/2018), celebrado con el ICFES y para tal fin certifico bajo la gravedad de 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,

Adriana P. Corredor

ADRIANA PATRICIA CORREDOR
C.C 1.031.149.285
acorredor@icfes.gov.co

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

Cordialmente,

Adriana P. Corredor

Adriana Patricia Corredor Gutiérrez
C.C. 1031149285 de Bogotá

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

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	Adriana Patricia Corredor				**C.C. / C.E. No.:**	1031149285	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	1/5/2018	**Hasta**	31/5/2018		**INFORME No.:**	**5**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	34	**Fecha de inicio**	3/01/2018	**Fecha de terminación**	31/12/2018
Objeto del Contrato: ***"Prestación de servicios profesionales para apoyar procesos precontractuales y contractuales, así como apoyar en actividades administrativas y de gestión de calidad a cargo de la Subdirección de Estadísticas y la participación en las actividades de monitoreo que se requieran, así como el apoyo en la gestión a comunicaciones interna y externas."***					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula* ***sexta*** *del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* ***CINCUENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS ($51.363.600) MCTE.***				***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de* ***DIECISIETE MILLONES CIENTO VEINTIÚN MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE ($17.121.200).***	
SALDO DEL CONTRATO: El valor falto por ejecución, es la suma de ***TREINTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE ($34.242.400)***				***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula* ***NOVENA*** *del contrato, el plazo del mismo se pactó hasta 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* ***03/01/2017*** *se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El* ***03/01/2017*** *se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No* ***34***				

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

FORMA DE PAGO:	*De conformidad con lo establecido por la cláusula SEPTIMA del contrato, la forma de pago se indicó de la siguiente manera: "El ICFES pagará a EL CONTRATISTA el valor del contrato de la siguiente forma: a) Un primer pago por valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE ($4.280.300) incluido IVA para el mes de enero, o por el valor proporcional que corresponda según los días del mes en que el CONTRATISTA preste efectivamente sus servicios.*

	b) Once pagos por valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE ($4.280.300) incluido IVA."

***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.	25/01/2018	Pago pactado para el mes de enero.	4.280.300
2.	26/02/2018	Pago pactado para el mes de febrero.	4.280.300
3.	26/03/2018	Pago pactado para el mes de marzo.	4.280.300
4.	25/04/2018	Pago pactado para el mes de abril.	4.280.300
	DD/MM/AAAA		
	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							

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Gestión de cuentas de Cobro	**100%**
2	Gestión de comunicaciones internas y externas de ORFEO	**100%**
3	Gestión a mesas de ayuda según requerimientos.	**100%**
4	Apoyo de cuentas de cobro por SECOP	**100%**
5	Generación del procedimiento en BIZAGI.	**100%**
6	Participación de reuniones de grupo gestor y seminario.	**100%**
7	Actualizar procedimiento en DARUMA.	**30%**

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

1		

2		

6. CONSTANCIAS

El supervisor o interventor ***Edwin Javier Cuellar Caicedo*** *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 Javier Cuellar Caicedo, *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 **mayo** de **2018**

ADRIANA P. CORREDOR Elaboró	LAURA MARCELA SANTIUSTI Revisó	EDWIN JAVIER CUELLAR Aprobó

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	1031149285	ADRIANA PATRICIA CORREDOR GUTIERREZ		CALLE 53 B SUR # 33 A 26	4602623	patty1393_corredor@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			2018/05/07	334835739	
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	I	07/05/2018	27380989	$507.400

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	214.100	0		0		0	0	0	0	214.100	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	274.000	0	0	0	0	0	0		274.000	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	9.000				9.000	0	0	9.000			90	9.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.300	0	0	10.300	1

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	214.100	214.100
Pensión	1	274.000	274.000
Riesgos Laborales	1	9.000	9.000
CCF	1	10.300	10.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	507.400	507.400

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	1031149285	ADRIANA PATRICIA CORREDOR GUTIERREZ		CALLE 53 B SUR # 33 A 26	4602623	patty1393_corredor@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	07/05/2018	27380989	$507.400

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 exterior	Exonerado	INGR	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	1031149285	CORREDOR GUTIERREZ ADRIANA PATRICIA	59	0			N																	230201	1.712.120	274.000	0	0	0	0	EPS005	1.712.120	214.100	14-18	1.712.120	1	9.000	CCF24	1.712.120	10.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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