Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

No. 20182100051512
Fecha Radicado: 2018-01-26 08:51:40
Anexos:

Bogotá, D.C., 25 de enero de 2018

Señores
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES
La ciudad

Ref.: Radicación cuenta de cobro Contrato No. 048 de 2018

En atención a la Comunicación Interna recibida el 22 de abril del 2016 y según radicado No. 20162300008863, relacionada con la radicación de cuentas de cobro, atentamente hago entrega de los siguientes soportes, correspondiente a mi CONTRATO No. 048 de 2018:

Grupo de documentos para la Subdirección de Abastecimiento y Servicios Generales:

- G3-FT004 Informe de ejecución contractual
- G3.2.F03 - Certificación original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado .
- Cuenta de cobro
- Copia de la Certificación Bancaria
- Copia del Rut
- Carta para solicitud de deducciones.
- Copia comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales
- Copia del Registro Civil.

Cordialmente,

Jenny Paola Ortiz Reina
C.C. No. 53.932.234 de Fusagasugá

TODOS POR UN NUEVO PAÍS	**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: **25/01/2018**

Contrato No:	48	**Fecha de contrato:**	**04/01/2018**			**Nombre de Contratista**	**JENNY PAOLA ORTIZ REINA**		
No. de factura o documento equivalente:	1	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**X**		**53.932.234**	
Comprobante de ingreso a almacén No:		**Pago número:**	1			**Periodo a pagar:**	**DE:** **04/01/2018**	**A:**	**31/01/2018**

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.**

- Realizar el análisis de la documentación proporcionada por el área de aplicación de instrumentos en cuanto a Empaque primario, secundario y terciario.
- Diagramar el proceso general de Gestión de Material con el fin de identificar épicas a desarrollar.
- Reuniones con los usuarios para socialización de épicas de GEMA.

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**
CCAT02	Subdirección Desarrollo de Aplicaciones	3.998.833

Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)**	**3.998.833**

**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:	**Marcela Cañon Vargas**
FIRMA:	Marcela Cañon V.
CARGO:	**SUBDIRECTOR DE APLICACIONES**

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

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	JENNY PAOLA ORTIZ REINA			**C.C. / C.E. No.:**	53932234	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	04/01/2018	**Hasta**	31/01/2018	**INFORME No.:**	**1**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	048	**Fecha de inicio**	04/01/2018	**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 los servicios técnicos para el análisis funcional de requerimientos en todos lo relacionado con la implementación del proyecto PRISMA (Procesos Integrados de GESTIÓN Misional del ICFES) y demás proyectos que le sean asignados"***

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula SÉPTIMA del contrato, el valor del mismo fue por la suma de **CUARENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS (47.985.996) M/CTE.**.*	***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de* **TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES ($3.998.833,00)** ***MCTE.***
SALDO DEL CONTRATO: ***CUARENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CIENTO SESENTA Y TRES ($43.987.163) M/CTE.***	***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 **04** de **enero** de **2018** se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El **05** de **enero** de **2018** se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No. **048*** • *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 de la siguiente manera: 12 pagos mensuales por valor de TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($3.998.833,00), 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	25/01/2018	*Prestar los servicios técnicos para el análisis funcional de requerimientos en todos lo relacionado con la implementación del proyecto PRISMA (Procesos Integrados de GESTIÓN Misional del ICFES) y demás proyectos que le sean asignados.*	$ 3.998.833
2			$
3			$
4			$
5			$
6			$
7			$
8			$
9			$
10			$
11			$
12			$

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	- Realizar el análisis de la documentación proporcionada por el área de aplicación de instrumentos en cuanto a Empaque primario, secundario y terciario.	
2	- Diagramar el proceso general de Gestión de Material con el fin de identificar épicas a desarrollar.	
3	- Reuniones con los usuarios para socialización de épicas de GEMA.	
4		

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

1	
2	

6. CONSTANCIAS

*El supervisor o interventor **Marcela Cañon Vargas** 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.*

***Marcela Cañon Vargas**, 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 **(01)** de **(2018)**

Elaboró	Revisó	Aprobó

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

JENNY PAOLA ORTIZ REINA
CC. No. 53.932.234 de Fusagasugá

LA SUMA DE: **TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES ($3.998.833,00**) MONEDA CORRIENTE.

Por prestar sus servicios técnicos para el análisis funcional de requerimientos en todo lo relacionado con la implementación del proyecto PRISMA (Procesos Integrados de Gestión Misional del ICFES) y demás proyectos que le sean asignados.

Favor consignar de la siguiente manera:

A. A la cuenta de ahorros: **699 176 720 16 del Banco Bancolombia**

Cordialmente.

JENNY PAOLA ORTIZ REINA
CC. No. 53.932.234 de Fusagasugá
BOGOTA, 25 de enero de 2018

Bancolombia

BANCOLOMBIA

Se permite certificar que la Señora **JENNY PAOLA ORTIZ REINA** número c.c.**53.932.234** actualmente posee los siguientes productos con el Banco.

PRODUCTO	TIPO CUENTA	FECHA DE APERTURA	NUMERO DEL PRODUCTO
CUENTA AHORROS	PLAN 41	2012/12/30	699-176720-16

Estaremos a su disposición para ampliar la anterior información, en el número de teléfono 2362322 de la ciudad de Bogotá o en nuestra oficina Calle 100, ubicada en la dirección Cra 15 # 102 – 44 Local 105 Norte, en el momento que así lo estimen conveniente.

Atentamente,

ANA SOFIA MARTINEZ
Gerente Sucursal
Calle 100
Nrr

***importante:** esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

Bogotá, julio 09 del 2010

Bogotá D.C., 25 de enero 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 enero 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: KAROL ESTEFANY BALLEN ORTIZ. Tarjeta de Identidad: 1 069 716 741.

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

Cordialmente,

JENNY PAOLA ORTIZ REINA
C.C. 53.932.234 de Fusagasugá

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1069716741

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37058488

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 3 L

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA********

Datos del inscrito

Primer Apellido: BALLEN**********

Segundo Apellido: ORTIZ**********

Nombre(s): [illegible]

Fecha de nacimiento: Año 2004 Mes OCT Día 24

Sexo (en letras): FEMENINO********

Grupo Sanguíneo: O******

Factor RH: +********

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********

Número certificado de nacido vivo: A 5449566*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ORTIZ REINA JENNY PAOLA**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0053932234**********

Nacionalidad: COLOMBIA*********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BALLEN MORA JAHN ALEXIS**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0081740616**********

Nacionalidad: COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BALLEN MORA JAHN ALEXIS**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0081740616**********

Firma: Jhan Alexis Ballen

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 2004 Mes NOV Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CARLOS EDUARDO BUITRAGO CASAS****

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970.

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	53932234	JENNY PAOLA ORTIZ REINA		DIAGONAL 15 A 99A-30 INT 21 APA 501	4223301	JENNY.ORTIZRE@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				
1	2018	1	2018	I	10/01/2018	24781087	$464.400

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					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	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	Liberty Seguros de Vida	860008645-7	8.400				8.400	0	0	8.400			84	8.400	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	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	8.400	8.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	464.400	464.400

PAGADA
24781087

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	53932234	JENNY PAOLA ORTIZ REINA		DIAGONAL 15 A 99A-30 INT 21 APA 501	4223301	JENNY ORTIZRE@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				
1	2018	1	2018	I	10/01/2018	24781087	$464.400

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IGE	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
CC	53932234	ORTIZ REINA JENNY PAOLA	59	0			N							X										230301	1.599.533	256.000	0	0	0	0	EPS044	1.599.533	200.000	14-18	1.599.533	1	8.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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