Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

No. 20182000171342
Fecha Radicado: 2018-03-07 11:24:02
Anexos: 8 FOLIOS.

Bogotá, D.C. 26 de febrero de 2018

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN
Dependencia
Subdirección Abastecimiento y Servicios Genera
Ciudad

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

No. 20182000171312
Fecha Radicado: 2018-03-07 11:23:07
Anexos: 8 FOLIOS.

Asunto: Oficio Remisorio cuenta de cobro febrero de 2018

Adriana Matilde Lema Lamus, identificada como aparece al pie de mi firma, con número de contrato **182** del año 2018, que de acuerdo con la cláusula segunda se estableció el objeto del contrato de la siguiente manera*: "Prestación de servicios personales para llevar a cabo la revisión, organización, clasificación y sistematización de los soportes documentales, físicos y electrónicos, correspondientes los procesos administrativos sancionatorios de la Oficina Asesora Jurídica"* y en cumplimiento de la directriz con número de radicación 20162300008863, me permito allegar los documentos indicados, para el pago de mis honorarios del mes de **febrero** del año en curso, de conformidad con lo establecido por la cláusula octava del contrato, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar, relacionado en el siguiente orden:

* Certificado original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado
* G3.2.F09 Informe de ejecución contractual
*Copia de la cuenta de cobro
* Copia comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales
* Informe Final

Cordialmente

Adriana M. Lema L.

Adriana Matilde Lema Lamus
Contratista Oficina Asesora Jurídica
C.C. 51.599.784

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:** **26/02/2018**

Contrato No:	182	**Fecha de contrato:**	**15/01/2018**			**Nombre de Contratista**	**ADRIANA MATILDE LEMA LAMUS**		
No. de factura o documento equivalente:	2	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**x**	**NIT / C.C contratista:**	**51.599.784**	
Comprobante de ingreso a almacén No:		**Pago número:**	2			**Periodo a pagar:**	**DE:** 01/02/2018	**A:**	28/02/2018

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.**

Actividades del mes:

1. Clasificacion y revisión de Soportes Documentales.
2. Foliación de Soportes Documentales.
3. Archivo de Soportes Documentales.
4. Asistencia a Capacitación Seminario sobre Contratación Estatal, Ley 1882 de 2018.
5. Cargar respuestas en el Aplicativo 2025.
6. Armar Expedientes de Tutela.
7. Actualizar organizar archivos de procesos.
8. Verificar estados de procesos.

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**
CCAG03	Oficina Jurídica	2,500,000
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)** **2,500,000**

**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:	**MARTHA BIVIANA LOZANO MEDINA**
FIRMA:	
CARGO:	**JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA**

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. _182_, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	Adriana Matilde Lema Lamus			**C.C. / C.E. No.:**	51.599.784	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	01/02/2018	**Hasta**	28/02/2018	**INFORME No.:**	**02**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	182	**Fecha de inicio**	15/01/2018	**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 personales para apoyar la gestión de la Oficina Asesora Jurídica del ICFES, en especial en el manejo y trámite documental para la atención de las acciones judiciales y constitucionales, recaudo de información de contenido jurídico, radicación de documentos en dependencias internas y externas en general todas las que se requieran para el desarrollo y ejecución de las funciones que le han sido asignadas a la Oficina Asesora Jurídica".***

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula* ***SEPTIMA*** *del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* ***VEINTIOCHO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($28.750.000)****.*	***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de* **($1.250.000)**.
SALDO DEL CONTRATO: *el valor del contrato es* ***VEINTISIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($27.500.000)****.*	***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* ***15*** *de* ***01*** *de* ***2018*** *se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El* ***15*** *de 01 de* ***2018*** *se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No.* ***182.*** • *Que se ejecutó, adicionó o prorrogó el contrato.* ***N/A***

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 a EL CONTRATISTA el valor del contrato de la siguiente forma: Un (1) primer pago por el valor de *UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL***

	PESOS M/CTE ($1.250.000) **y Once (11) mensualidades vencidas por valor de** ***DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000)"***

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	26 enero	Pago honorarios mes de enero	1.250.000

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	**Clasificacion y revisión de Soportes Documentales**	**100%**
2	**Foliación de Soportes Documentales**	**100%**
3	**Archivo de Soportes Documentales**	**100%**
4	**Asistencia a Capacitación sobre actuaciones administrativas**	**100%**

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

1	

6. CONSTANCIAS

El supervisor o interventor Martha Biviana Lozano Medina 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.

Martha Biviana Lozano Medina, 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 **(26)** de **(02)** de **(2018)**

ADRIANA MATILDE LEMA LAMUS	Martha Biviana Lozano Medina	Martha Biviana Lozano Medina
Elaboró	Revisó	Aprobó

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARALA EVALUACION DE LA EDUCACION ICFES

DEBE A:

ADRIANA MATILDE LEMA LAMUS
C.C. 51.599784 de Bogotá

La suma de dos millones quinientos mil pesos mcte. ($2.500.000), por concepto de pago del mes de febrero de 2018, correspondiente al 02 mes de ejecución, según consta en el contrato de prestación de servicios 182 del 15 enero de 2018 según lo previsto en la forma de pago del mismo.

Por lo anterior solicito que dicho valor sea consignado así:

En la cuenta de ahorros a mi nombre del Banco Colpatria No 0172006411 El valor de $ 1.250.000.

Se firma a los 26 días del mes de febrero 2018

Adriana Lema L.

ADRIANA MATILDE LEMA LAMUS
C.C. 51599784 de Bogotá

Bogotá D.C., 26 de febrero de 2018

Señores
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES
Ciudad

Asunto: Solicitud disminuciones en la base de la retención en la fuente de la cuenta del mes de febrero 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 de febrero, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,

Adriana Matilde Lema Lamus
C.C. 51.599784 de Bogotá D.C.

MINSALUD Supersalud TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Bogotá DC, 29 de Enero de 2018

Respetado(a) señor(a) ADRIANA MATILDE LEMA LAMUS

La Superintendencia Nacional de Salud ha recibido su comunicación, radicada con el número PQRD-18-0039622, en la cual manifiesta la posible vulneración de sus derechos en salud por indebida atención por parte de MUTUAL SER.

En razón a que MUTUAL SER tiene el deber legal de garantizar su Derecho (o el de su representado) a la Salud, en virtud de la Circular Única, su petición ha sido trasladada a esa entidad, con la instrucción de ser atendida y resuelta de manera efectiva y darle respuesta escrita, a la dirección física o electrónica aportada por usted, con la mayor inmediatez posible y en todo caso, sin exceder el término de cinco (5) días hábiles a partir de su recibo.

En caso de que MUTUAL SER no atienda o no de respuesta a su solicitud en los términos indicados, sírvase informar a esta Superintendencia citando el número único de radicación PQR dado a su comunicación.

Con el traslado a la entidad, se agota el trámite inicial de su reclamación, sin perjuicio que en ejercicio de sus competencias, este ente de control realice las actividades de inspección y vigilancia sobre el cumplimiento de los derechos en salud y la debida atención y protección al usuario, de conformidad con lo establecido en el numeral 8 del artículo 18 y el numeral 1 del artículo 19 del Decreto 2462, aplicando las metodologías diseñadas para el efecto por la Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis del Riesgo, aprobada por la Superintendencia Nacional de Salud.

En este orden, su solicitud constituirá el insumo para evaluar el cumplimiento de la normatividad del Sistema de Seguridad Social en Salud, con la implementación de planes de mejoramiento, investigaciones o toma de medidas de control según corresponda.

En el evento en que su solicitud de lugar a la apertura de una investigación administrativa, se le comunicará para efectos de que se haga parte, y pueda hacer valer sus derechos en los términos establecidos en la ley.

Los resultados de las acciones de inspección, vigilancia y control practicadas por la Superintendencia Nacional de Salud, están publicadas y pueden ser consultadas en cualquier momento en la página web institucional, www.supersalud.gov.co

Cordialmente,

MARIANELLA SIERRA SAA
Directora de Atención Al Usuario
Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario
Superintendencia Nacional de Salud
Av Ciudad de Cali No. 51-66
PBX: 4837000; 018000513700

"La Superintendencia Nacional de Salud comunica que, esta información es pública clasificada"

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ADRIANA MATILDE LEMA LAMUS
No. Identificación: CC51599784
Dirección: CALLE 48Q NO 2A-58
Telefono: 2713297
Correo: adrianalema19@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 25925553

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ADRIANA MATILDE LEMA LAMUS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC51599784	**Periodo de Cotización Salud**	febrero de 2018
Número de planilla	25925553	**Periodo de Cotización Pensión**	febrero de 2018
Fecha pago	2018-03-01	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	167462	**Total Pagado**	292600
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	2300

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-18	Liberty Seguros de Vida	5400	1
230301	Porvenir	161200	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	126000	1

25925553

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51599784
APELLIDOS Y NOMBRES: ADRIANA MATILDE LEMA LAMUS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
ESSC07	230301	1000000	1000000	1000000	0	125000	0	160000	0	5300	0

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