

Bogotá, D.C., 17 de noviembre del 2017

Destino SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS  
GENERALES



No. 20172001281052  
Fecha Radicado: 2017-11-21 16:07:54  
Anexos: 7 ANEXOS

ICFES

Señores  
ICFES



No. 20172001281032  
Fecha Radicado: 2017-11-21 16:06:47  
Anexos: 7 ANEXOS

ICFES

Ref.: Radicación cuenta de cobro Contrato No. 385 del 2017


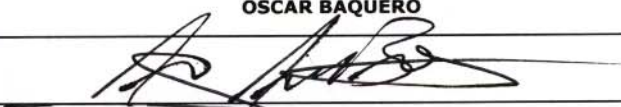
En atención a la Comunicación Interna recibida el 22 de abril del 2016 y según radicado No. 20162300008863, relacionada con la radicación de cuentas de cobro, atentamente hago entrega de los siguientes soportes, correspondiente a mi CONTRATO No. 385 del 2017:

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

- Certificación original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado.
- G3.2.F09 Informe de ejecución contractual
- Cuenta de cobro
- Certificación tributaria
- Copia comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales

**Cordialmente,**

**Johann A. Triana Olaya**  
C.C. 1.013.626.840 de Bogotá D.C

		<b>CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO</b>			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: <b>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).</b>					Fecha de certificación: <b>17/11/2017</b>	
Contrato No:	385	Fecha de contrato:	11/07/2017	Nombre Contratista de	JOHANN ANDRES TRIANA OLAYA	
No. de factura o documento equivalente:	5	Contrato con adición (marque con una X)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	NIT / C.C contratista:	1.013.626.840	
Comprobante de ingreso a almacén No:		Pago número:	5	Periodo a pagar:	DE: 01/11/2017	A: 30/11/2017
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/SERVICIOS RECIBIDOS*</b> (con base en el contrato y la forma de pago allí definidas): <b>*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.</b>						
<p>-SSO : Despliegue del servicio en ambiente de pruebas</p> <p>-SSO : Validaciones y ejecución de pruebas funcionales nivel interoperabilidad</p> <p>-Resultados individual (Universidades) : Despliegue del servicio en ambiente productivo.</p> <p>-Resultados individual (Móvil): Ajustes departamento, banco de la república, pruebas no funcionales y salida a producción.</p> <p>-Resultados masivo: Salida a producción con resultados 2017-2 , estructuras 5, 6, 7</p> <p>-Orfeo REST: Definición de correcciones y ajuste de certificado</p> <p>-Despliegues: Se despliegan los diferentes servicios de resultados expuestos por interoperabilidad en producción, SSO en pruebas y QA.</p>						
<b>ASÍ MISMO, EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO CON MI FIRMA LO SIGUIENTE:</b>						
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.						
<b>Código Centro de Costo</b>	<b>Nombre Centro de Costo*</b>				<b>Monto a Pagar</b>	
CCAT02	Subdirección Desarrollo de Aplicaciones				3.993.600	
<b>Tipo de moneda</b>	<b>Pesos colombianos</b>		<b>Total (valor a Pagar)</b>		<b>3.993.600</b>	
<i>*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"</i>						
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	OSCAR BAQUERO					
<b>FIRMA:</b>						
<b>CARGO:</b>	SUBDIRECTOR DE DESARROLLO DE APLICACIONES					



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. 385 de 2017**, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

### 1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

<b>CONTRATISTA:</b>	JOHANN ANDRES TRIANA OLAYA			<b>C.C. / C.E. No.:</b>	1.013.626.840	
<b>PERÍODO DEL INFORME:</b>	<b>Desde</b>	01/11/2017	<b>Hasta</b>	30/11/2017	<b>INFORME No.:</b>	5

### 2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

<b>Contrato N°</b>	385	<b>Fecha de inicio</b>	11/07/2017	<b>Fecha de terminación</b>	31/12/2017
<b>Objeto del Contrato:</b> De conformidad con la cláusula <b>SEGUNDA</b> , el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera: <b>"Prestar los servicios técnicos para apoyar la implementación de servicios web para todos los temas de interoperabilidad según estrategia de Gobierno en Línea"</b> .					
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO:</b> Conforme a la cláusula <b>SEPTIMA</b> del contrato, el valor del mismo fue por la suma de <b>VEINTITRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y UN MIL SEICIENTOS PESOS (\$23.961.600) MCTE</b> , precio correspondiente a 32.4 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2017 los cuales incluye IVA.			<b>VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:</b> El valor ejecutado fue por la suma de <b>SIETE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS (7'987.200) MCTE</b> el cual incluye IVA.		
<b>SALDO DEL CONTRATO:</b> <b>QUINCE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS (\$15'974.400) MCTE</b>			<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b> De acuerdo a la cláusula <b>Décima</b> del contrato, se contara a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el 31 de diciembre del 2017.		
<b>DESARROLLO DEL CONTRATO:</b>	<p><b>El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El 11 de <b>JULIO</b> de <b>2017</b> se suscribió el contrato entre las partes contratantes.</li> </ul>				

### 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:

**"a) Un (1) pago de TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE \$3.993.600 incluido IVA, contra entrega de: Implementación de servicio web para consumo del sistema de matrículas del Ministerio de Educación Nacional.**

**b) Cinco (5) pagos mensuales de TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE \$3.993.600 IVA incluido.**

Los anteriores valores que serán pagados por la entidad previa entrega de los informes o entregables de acuerdo con las actuaciones realizadas por EL CONTRATISTA, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato y constancia de pago de los aportes correspondientes al sistema de seguridad social integral, los cuales deberán cumplir las previsiones legales. Para el mes de diciembre además de los requisitos anteriores, se requerirá la presentación y aprobación del informe final de gestión y la entrega efectiva de los elementos físicos y documentos que se dispusieron por parte de EL ICFES para el desarrollo de las obligaciones contractuales. Las demoras en la prestación de los anteriores documentos, serán responsabilidad de EL CONTRATISTA y no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Los anteriores pagos, están sujetos a las fechas dispuestas por la Subdirección financiera y contable "

**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	19/07/2017	ENTREGABLE	\$3.993.600
2	22/08/2017	PAGO MES AGOSTO	\$3.993.600
3	15/09/2017	PAGO MES SEPTIEMBRE	\$3.993.600
4	17/10/2017	PAGO MES OCTUBRE	\$3.993.600
5	17/11/2017	PAGO MES NOVIEMBRE	\$3.993.600
6	DD/MM/AAAA		
7	DD/MM/AAAA		
8	DD/MM/AAAA		
9	DD/MM/AAAA		
10	DD/MM/AAAA		
11	DD/MM/AAAA		



DD/MM/AAAA	\$											
<b>PAGO QUE SE EFECTUA A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	X	X	X	X	X							

**4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	SSO : Despliegue del servicio en ambiente de pruebas	100%
2	SSO : Validaciones y ejecución de pruebas funcionales nivel interoperabilidad	100%
3	Resultados individual (Universidades) : Despliegue del servicio en ambiente productivo.	100%
4	Resultados individual (Móvil): Ajustes departamento, banco de la república, pruebas no funcionales y salida a producción.	50%
5	Resultados masivo: Salida a producción con resultados 2017-2 , estructuras 5, 6, 7	100%
6	Orfeo REST: Definición de correcciones y ajuste de certificado	50%
7	Despliegues: Se despliegan los diferentes servicios de resultados expuestos por interoperabilidad en producción, SSO en pruebas y QA.	100%

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

1	
2	
3	

**6. CONSTANCIAS**

El supervisor o interventor OSCAR BAQUERO 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.

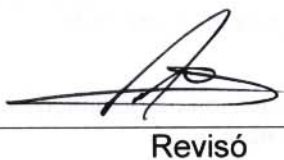
OSCAR BAQUERO, en su calidad de supervisor del contrato deja constancia que en el marco de lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el contratista ha dado cumplimiento a los pagos por concepto de aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos 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 17 de noviembre de 2017.

  
Elaboro

  
Revisó

  
Aprobó

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

JOHANN ANDRES TRIANA OLAYA  
CC. No. 1013626840 de Bogotá.  
REGIMEN SIMPLICADO

**LA SUMA DE: LA SUMA DE: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS (\$3.993.600) MONEDA CORRIENTE.**

Prestar sus servicios técnicos para apoyar la implementación de servicios web realizando la definición e implementación de los lineamientos del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para todos los temas de interoperabilidad según la estrategia de gobierno en línea.

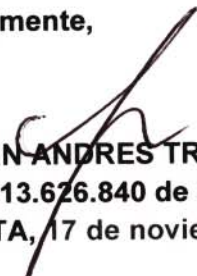
Favor consignar de la siguiente manera:

A la cuenta de ahorros: **052-39730-4 de Banco de Bogotá**

Se anexan formatos de planillas de pago de Salud y Pensión según Planilla.

Número radicado de Planilla:  
. 23646366

**Cordialmente,**

  
**JOHANN ANDRES TRIANA OLAYA**  
**CC. 1.013.626.840 de Bogotá**  
**BOGOTA, 17 de noviembre de 2017**

Bogotá D.C., 17 de noviembre del 2017

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 noviembre de 2017.

De acuerdo en el artículo 17 de la Ley 1819 de 2016, y al párrafo 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: **Hija:** Zara Sophia Triana Gonzalez identificado con registro Civil Nro., 1014672683 de **seis** años de edad.
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 **noviembre**, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,



**JOHANN ANDRES TRIANA OLAYA**  
**CC. 1.013.626.840 de Bogotá**  
**BOGOTA, 17 de noviembre de 2017**



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1014672683

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52848052

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría  Notaría  Número 28 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código A 3 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

**Datos del inscrito**

Primer Apellido TRIANA Segundo Apellido GONZALEZ  
Nombre(s) ZARA SOPHIA

Fecha de nacimiento Año 2011 Mes FEB Día 19 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos E.P. No. 1166 DEL 12/AGO/16. NOT. VEINTIOCHO (28) DE BOGOTA D.C. Número certificado de nacido vivo 10544743-3

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos GONZALEZ MARTINEZ LAURA SOFIA  
Documento de identificación (Clase y número) C.C. N° 1.013.619.777 DE BOGOTA D.C. Nacionalidad COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos TRIANA OLAYA JOHANN ANDRES  
Documento de identificación (Clase y número) C.C. N° 1.013.626.840 DE BOGOTA D.C. Nacionalidad COLOMBIANA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos TRIANA OLAYA JOHANN ANDRES  
Documento de identificación (Clase y número) C.C. N° 1.013.626.840 DE BOGOTA D.C. Firma

**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 2016 Mes AGO Día 12

Nombre y firma del funcionario que autoriza  
Eddy Jazmin Castellanos Bonilla  
EDDY JAZMIN CASTELLANOS BONILLA  
Nombre y firma

Permiso Villalobos Notario Publico 28 en propiedad 8 en carrera de Bogota D.C.  
Notaria 28 del circulo notarial de Bogota D.C.  
1100100028 12 AGO. 2016 COD. 4112



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1013626840	JOHANN ANDRES TRIANA OLAYA	Ch 4 c # 12-96 Torre 3 Apartamento 602	5193721	jato987@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO		CIUDAD / MUNICIPIO			
UNICA	1 - Independiente			CUNDINAMARCA		SOACHA			

DATOS DE LA PLANILLA									
PERIODO COTIZACIÓN		DIFERENTE A SALUD		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR		
MES	AÑO	MES	AÑO						
11	2017	11	2017	1	17/11/2017	23646366	\$466.500		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
EPS005	Santitas EPS	800251440-6	199.700	0

Licencia Maternidad		Incapacidades		UPC Adicional		Días Mora		Valor Mora Cotización		Valor Mora UPC		Total a Pagar		No. Afiliados	
No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor
	0		0		0		0		1.200		0		0		200.900

TOTALES PENSIÓN				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado
230201	Proteccion (ING + Protección)	900229739-0	255.600	0

Aporte Voluntario Aportante		Aporte FFP - Solidaridad		Aporte FFP - Subsistencia		Días Mora		Valor Mora Cotización		Total a Pagar		No. Afiliados	
No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor
	0		0		0		0		1.500		257.100		1

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades
14-18	Liberty Seguros de Vida	860008645-7	8.400	No. Autorización

Aportes Otros Sistemas		Valor Neto Cotización		Días Mora		Valor Mora Cotización		Subtotal Cotización		Valor Saldo a Favor		Fondo Solidaridad		Total a Pagar		No. Afiliados	
No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor
	0		8.400		7		100		8.500		84		84		8.500		1

TOTALES CAJAS				
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	199.700	200.900	1
Pensión	1	255.600	257.100	1
Riesgos Laborales	1	8.400	8.500	1
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>463.700</b>	<b>466.500</b>	<b>3</b>

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

