TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES
No. 20172001111612
Fecha Radicado: 2017-09-21 09:58:14
Anexos: 8 FOLIOS.

Bogotá, 18 de septiembre de 2017

Doctor
JOSE GABRIEL SILVA
Subdirector Financiero y Contable
ICFES

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE
No. 20172001111572
Fecha Radicado: 2017-09-21 09:57:06
Anexos: 8 FOLIOS

Asunto: Radicación de cuenta de cobro, informe de actividades y demás soportes requeridos para el trámite de pago N° 9 del Contrato # 121 de 2017

Respetado(a) Doctor(a),

Con el objetivo de tramitar el pago N° 9 del Contrato # 121 de 2017, anexo a la presente los documentos correspondientes al periodo comprendido entre 1 de septiembre y el 30 de septiembre de 2017, 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
- ✓ Carta de descuento por hijos
- ✓ Informe de ejecución contractual del periodo señalado

Cordialmente,

Yudy Castaño A

Yudy Castaño Aristizábal
Contratista CPS N° 121 de 2017

Anexos

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:** **19/09/2017**

Contrato No:	121	**Fecha de contrato:**	**13/01/2017**			**Nombre de Contratista**	**YUDY CONSTANZA CASTAÑO ARISTIZABAL**		
No. de factura o documento equivalente:	9	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**x**	**NIT / C.C contratista:**	**1.018.430.645**	
Comprobante de ingreso a almacén No:	N/A	**Pago número:**	9				**Periodo a pagar:**	**DE:** 01/09/2017	**A:** 30/09/2017

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. Participar de los procesamientos estadísticos que maneja el ICFES en materia de investigación conexos a los exámenes que se soliciten Proyecto de investigación de DIFF cualitativo y Proyecto de investigación de Acierto Casual.
2. Responder a las consultas sobre datos específicos de resultados de los exámenes Saber que efectúen a la Subdirección y estos estén bajo su responsabilidad. Revisión de confiabilidades TRI para pruebas Saber
3. Asistir a las actividades que se le designen durante el tiempo del contrato.
Apoyar la realización de los análisis pertinentes de ítem en las aplicaciones de Saber PRO y TyT Generación de insumos y participación en los comités a los que sea designado asistir
4. Apoyar la consolidación de la calificación del examen de estado Saber PRO 2015 3, y Apoyar en las actividades requeridas en el examen 359, delegadas por la Subdirección de Estadística. Participación en las actividades relacionadas con el monitoreo de la prueba Saber 359.
5. Construir el informe de calificación para las aplicaciones del examen de estado SABER PRO de 2017. Revisión de confiabilidades TRI para pruebas Saber
6. Construir documentos estandarizados para los comités técnicos de SABER PRO Entrega de manual de Procesamiento de Comunicación Escrita y Arquitectura aplicación PRO y TyT 2016-2 – Febrero
Entrega de manual de Procesamiento de Comunicación Escrita aplicación 2017-1 - Septiembre
7. Apoyar Actividades de calificación y recalificación de los exámenes Saber con modelos 3PL así como de los proyectos especiales. Revisión de confiabilidades TRI para pruebas Saber.

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**
PRMN04	Examen SABER 11	3.045.000
PRBR03	Banco de ítems Saber Pro	3.045.000
Tipo de moneda	**Pesos colombianos** / **Total (valor a Pagar)**	**6.090.000**

**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:	**Edwin Javier Cuellar Caicedo**
FIRMA:	Javier Cuellar
CARGO:	**Subdirección de Estadisticas.**

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

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	Yudy Constanza Castaño Aristizábal			**C.C. / C.E. No.:**	1018430645	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	**01/09/2017**	**Hasta**	**30/09/2017**	**INFORME No.:**	**9**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	121	**Fecha de inicio**	**13/01/2017**	**Fecha de terminación**	**31/12/2017**
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 la calificación de las pruebas de Saber Pro y TyT, además de otros exámenes aplicados por el ICFES, también debe contribuir a la Generación de las actividades de monitoreo, participar de los comités técnicos de las pruebas saber 11 y TyT, apoyar la calificación con modelo 3pl y otras actividades relacionadas*					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula* ***SEPTIMA*** *del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* ***($73.080.000,00) MCTE****, precio correspondiente a 99 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2017.*				***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de* ***CUARENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS ($48.720.000) MCTE.***	
SALDO DEL CONTRATO: ***VEINTICUATRO MILLONES TRECIENTOS SESENTA MIL PESOS ($24.360.000) MCTE.***				***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* ***13*** *de* ***ENERO*** *de* ***2017*** *se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El* ***13*** *de* ***ENERO*** *de* ***2017*** *se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No.* ***121****.*				

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) primer pago por valor de SEIS MILLONES*

	NOVENTA MIL PESOS ($6.090.000) IVA INCLUIDO, para el mes de ENERO, contra entrega de la obligación número 1 del acápite de las obligaciones específicas del contratista y b) once (11) pagos iguales por valor de SEIS MILLONES NOVENTA MIL PESOS ($6.090.000) 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. cuenta de cobro	Fecha cuenta de cobro	Concepto	Valor
1	**23/01/2017**	Pago correspondiente al mes de enero	$6.090.000
2	**21/02/2017**	Pago correspondiente al mes de febrero	$6.090.000
3	**15/03/2017**	Pago correspondiente al mes de Marzo	$6.090.000
4	**25/04/2017**	Pago correspondiente al mes de Abril	$6.090.000
5	**22/05/2017**	Pago correspondiente al mes de mayo	$6.090.000
6	**20/06/2017**	Pago correspondiente al mes de junio	$6.090.000
7	**24/07/2017**	Pago correspondiente al mes de julio	$6.090.000
7	**22/08/2017**	Pago correspondiente al mes de agosto	$6.090.000
	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	• Participación en las actividades relacionadas con el monitoreo de la prueba Saber 359	**100%**
2	• Análisis de ítems inicial de Saber 11 20172	**100%**
3	• Generación de insumos y participación en los comités a los que sea designado asistir	**100%**
4	• Revisión de confiabilidades TRI para pruebas Saber	**100%**

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

1	

6. CONSTANCIAS

*El supervisor o interventor **EDWIN CUELLAR** 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 CUELLAR,** 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 **(19)** de **(09)** de **(2017)**

YUDY CONSTANZA CASTAÑO ARISTIZÁBAL	ADRIANA CORREDOR	EDWIN JAVIER CUELLAR CAICEDO
Elaboró	Revisó	Aprobó

Bogotá DC, 22 de septiembre de 2017

Doctor
Edwin Cuellar
Subdirector de Estadistica
Instituto Colombiano para la evaluación de la educación ICFES

Referencia Número de planilla **22130315** pago salud, pensión y ARL.

El ICFES debe la suma de SEIS MILLONES NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($6.090.000), valor que corresponde al noveno pago pactado en el contrato de prestación de servicios **121** de 2017.

Por favor consignar $6.090.000 en la siguiente cuenta:

- Banco: Davivienda
- **Cuenta de ahorros:** 008800707823

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 2271 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 121 de fecha 13 de Enero del 2017, celebrado con el ICFES y para tal fin certifico bajo la gravedad del 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,

Yudy Castaño A.

YUDY CONSTANZA CASTAÑO ARISTIZABAL
C.C. 1'018.430.645 de Bogotá

Bogotá D.C., 19 de septiembre del 2017

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 septiembre de 2017.

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: **Luciana Cruz Castaño** identificada con Registro civil No. 1.013.025.300 de quien adjunto copia de documento de identidad.

2. Medicina prepagada a mi nombre, en la que se benefician mi hija, registro civil 1013025300, cuyo certificado del año anterior anexo. (Artículo 6 Decreto Regulatorio 4713 del 2005).

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

Cordialmente,

Yudy Castaño A

Yudy Castaño Aristizábal
C.C. 1018430645 de Bogotá

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	1018430645	YUDY CONSTANZA CASTAÑO ARISTIZABAL		CARRERA 60 # 4-45	3174248329	yccastano@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				
9	2017	9	2017	I	04/09/2017	22130315	$707.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	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	1018430645	CASTAÑO ARISTIZABAL YUDY CONSTANZA	59	0			N																	25-14	2.436.000	389.800	0	0	0	0	EPS005	2.436.000	304.500	14-18	2.436.000	1	12.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA
22130315

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	1018430645	YUDY CONSTANZA CASTAÑO ARISTIZABAL		CARRERA 60 # 4-45	3174248329	yccastano@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				
9	2017	9	2017	I	04/09/2017	22130315	$707.100

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	304.500	0		0		0	0	0	0	304.500	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	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004-7	389.800	0	0	0	0	0	0		389.800	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	12.800				12.800	0	0	12.800			128	12.800	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	304.500	304.500
Pensión	1	389.800	389.800
Riesgos Laborales	1	12.800	12.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	707.100	707.100

PAGADA 22130315

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1013025300

Indicativo Serial 55839426

55839426

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 31 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 2 E

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CRUZ	CASTAÑO

Nombre(s): LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes DIC Día 27	Femenino	B	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13641157-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CASTAÑO ARISTIZABAL YUDY CONSTANZA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.018.430.645	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CRUZ CASTRO DANIEL LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.013.610.757	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CRUZ CASTRO DANIEL LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.013.610.757	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes DIC Día 29	ANGELA DEL PILAR CONDE JIMENEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
NOTARIA VEINTISIETE DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C

La suscrita Notaria Veintisiete Encargada del Circulo de Bogotá D.C.
CERTIFICA

Que esta copia es tomada de su original la cual reposa en los libros del Registro Civil de NACIMIENTO que se llevan en esta Notaria y que obra en el indicativo serial 55839426 y es plena prueba del estado civil, expedida para DEMOSTRAR PARENTESCO.

Para constancia se firma en Bogotá D. C; hoy 08 ENE 2016

ANGELA DEL PILAR CONDE JIMENEZ
NOTARIA 27 (E)

Scanned by CamScanner

MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A.

NIT. 900178724-3

CERTIFICA

Que el titular del contrato en mención canceló directamente los valores abajo discriminados por concepto de su plan de Medicina Prepagada.

CONTRATO:	369791		
TITULAR:	YUDY CONSTANZA CASTAÑO ARISTIZABAL	**IDENTIFICACIÓN:**	CC 1018430645
TOTAL PAGO:	tres millones setenta y un mil novecientos veintinueve pesos con treinta centavos ($3,071,929.30)		

CONCEPTO	VALOR	IVA	TOTAL
CUOTAS CONTRATO	$1,654,786.00	$82,739.30	$1,737,525.30
BONOS	$1,270,860.95	$63,543.05	$1,334,404.00
TOTAL	$2,925,646.95	$146,282.35	$3,071,929.30

Los valores mencionados anteriormente corresponden al periodo de 01/01/2016 hasta 31/12/2016 , el cual ampara a las siguientes personas de su grupo familiar:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	FECHA VIGENCIA	PARENTESCO
CASTAÑO ARISTIZABAL YUDY CONSTANZA	CC 1018430645	15 Sep 2014	Contratante
CRUZ CASTAÑO LUCIANA	RC 1013025300	01 Feb 2016	Hijo

De acuerdo con el artículo 387 del E.T. Literal a. "El trabajador podrá disminuir de su base de retención los pagos efectuados por contratos de prestación de servicios a empresas de medicina prepagada vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, que impliquen protección al trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes". Esta deducción no debe superar las 16 UVT mensuales.

Esta certificación se expide en Bogota, el 10/02/2017.

Cordialmente,

FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS

Este certificado se expide sin firma autógrafa de conformidad con lo dispuesto en el articulo 10 del D.R. 836 de 1991.