TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Destino SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES
No. 20172001111552
Fecha Radicado 2017-09-21 09:55:53
Anexos 6 FOLIOS

Destino SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE
No. 20172001111542
Fecha Radicado 2017-09-21 09:55:00
Anexos 6 FOLIOS

Bogotá, 19 de septiembre de 2017

Señor
JOSE GABRIEL SILVA
Subdirección Financiera y Contable
ICFES

Asunto: Radicación de cuenta de cobro, informe de actividades y demás soportes requeridos para el trámite de pago N° 9 del Contrato 122 de 2017

Respetado Doctor,

Con el objetivo de tramitar el pago N° 9 del Contrato N°122 de 2017, anexo a la presente los documentos correspondientes al periodo comprendido entre 1 de septiembre y el 30 de septiembre de 2017, así:

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

Cordialmente,

Jeison Sabogal S.

Jeison Humberto Sabogal Sánchez
Contratista CPS N° 122 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:	122	**Fecha de contrato:**	**13/01/2017**			**Nombre de Contratista**	**JEISON HUMBERTO SABOGAL SÁNCHEZ**		
No. de factura o documento equivalente:	9	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**x**	**NIT / C.C contratista:**	**1.022.384.707**	
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-Validar los insumos generados para los procedimientos de asignación de puntajes y calificación de pruebas estandarizadas. Este mes se realizaron insumos para la actualización de la prueba Saber 359 de 2016.
2- Apoyar la afinación de scripts necesarios para la obtención de los insumos para calificación de los exámenes Saber. Este mes se afinaron scripts para insumos de actualización de la prueba Saber 359 de 2016.
3-Apoyar la ejecución de los procesamientos estadísticos ligados a investigaciones de interés institucional conexos a los exámenes que se le soliciten. Se realizaron entregas de Escalamiento Vertical y Aumento de Datos, que hacen parte de los temas de investigación de la subdirección.
4-Apoyar la atención de las consultas sobre datos específicos de resultados de los exámenes Saber que hagan entidades del Sector Educativo y estén bajo su responsabilidad. Este mes se respondieron solicitudes relacionadas con esta actividad.
5-Apoyo en los procesos de pre aplicaciones de los exámenes saber. Este mes se realizaron reuniones para definir parámetros de pre aplicación con la dirección de Tecnología que puedan afectar los procesos de calificación.
6-Apoyar el desarrollo de procesos de calificación y recalificación de los exámenes Saber. Este mes se realizó la actualización de las tablas entregadas al MEN de afirmaciones con base en los resultados de la prueba Saber 359 de 2016, en la cual se incluyen colegios que tuvieron problemas en la publicación oficial y que realizan solicitudes dentro de las cuales se encuentra que se puede procesar nuevamente.

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
PRMN01	Examen SABER 3, 5 y 9	2.580.480
PRMN04	Examen SABER 11	1.720.320
Tipo de moneda	**Pesos colombianos** / **Total (valor a Pagar)**	**4.300.800**

**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:	**Subdirección de Estadisticas.**

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

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	JEISON HUMBERTO SABOGAL SÁNCHEZ			**C.C. / C.E. No.:**	1.022.384.707	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	**01/09/2017**	**Hasta**	**30/09/2017**	**INFORME No.:**	**09**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	122	**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 personales para apoyar la calificación de las pruebas Saber, participar en la generación de resultados para la posterior generación de ISCE, además de generar biblias, secuencias de prueba y Marco de Muestreo, detección de DIF y respuestas de PQRS y tutelas de las Pruebas aplicadas por el ICFES, entre otras actividades que requieran el ICFES".***

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula **SEXTA** del contrato, el valor del mismo fue por la suma de **CINCUENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS($51.609.600,oo) M/CTE**, precio correspondiente a 70 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 **TREINTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS ($34.406.400,oo) M/CTE.***
SALDO DEL CONTRATO: ***DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL DOSCIENTOS PESOS ($17.203.200,oo) M/CTE.***	***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula **NOVENA** 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. **122**.*

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: "****un (1) primer pago por valor de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($4.300.800), para el mes de enero, contra entrega del producto señalado en la obligación No. 1 en el acápite de "obligaciones del contratista" y Once (11) pagos mensuales por valor de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($4.300.800) 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
01	**23/01/2017**	Primer pago correspondiente al mes de enero	$4.300.800
02	**21/02/2017**	Segundo pago correspondiente al mes de febrero	$4.300.800
03	**15/03/2017**	Tercer pago correspondiente al mes de marzo	$4.300.800
04	**25/04/2017**	Cuarto pago correspondiente al mes de abril	$4.300.800
05	**22/05/2017**	Quinto pago correspondiente al mes de mayo	$4.300.800
06	**20/06/2017**	Sexto pago correspondiente al mes de junio	$4.300.800
07	**24/07/2017**	Séptimo pago correspondiente al mes de julio	$4.300.800
08	**18/08/2017**	Octavo pago correspondiente al mes de Agosto	$4.300.800
	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	Avance máquinas de calificación 3PL individual	**100%**
2	Participación en las actividades relacionadas con el monitoreo de la prueba Saber 359	**100%**
3	Revisión y ajustes de manual de calificación de SB359 2017	**100%**
4	Generar los códigos para la ficha de evaluación, ficha técnica y de los nuevos reportes	**100%**
5	Avance máquina de calificación Escalamiento vertical - transversal	**100%**

6	Ejercicios de aumento de datos	**100%**
7	Generación de insumos, de acuerdo a requerimientos, a partir de la actualización de la calificación de SB359 2016	**100%**
8	Responder Tutelas y PQR	**100%**
9	Avances en la revisión de estructura de bases de datos para información de ítems	**100%**

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

1	
2	
3	
4	
5	

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 **19** de **septiembre** de **2017**

JEISON HUMBERTO SABOGAL SÁNCHEZ Elaboró	ADRIANA CORREDOR Revisó	EDWIN JAVIER CUELLAR CAICEDO Aprobó

Bogotá DC, 19 de septiembre de 2017

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

Referencia Número de planilla 22144725 pago salud, pensión y ARL.

El ICFES debe la suma de **$4.300.800**, valor que corresponde al noveno pago pactado en el contrato de prestación de servicios Nº 122 de 2017.

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

- Banco de Bogotá
- Cuenta de ahorros: 062930169

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 Numero 122 de fecha 13/01/2017, 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,

Jeison Sabogal S.

Jeison Humberto Sabogal Sánchez
C.C. 1022384707 de Bogotá D.C.

Bogotá D.C., 19 de septiembre 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 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. 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,

Jeison Sabogal S.

Jeison Humberto Sabogal Sánchez
C.C. 1022384707 de Bogotá D.C.

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JEISON HUMBERTO SABOGAL SANCHEZ	**NIT:**	1022384707
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2017
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2017
Número de Radicación:	22144725	**Total a pagar:**	$510,000
Fecha de vencimiento:	04/09/2017	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	04/09/2017	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DE BOGOTA	**Número Autorización:**	279849309
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-18	860008645	Liberty Seguros de Vida	1		$0	$9,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$275,400
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$10,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$215,200
						$510,000

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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