TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Destino: SUBDIRECCION FINANCIERA Y CONTABLE
No. 20172001113212
Fecha Radicado: 2017-09-21 12:38:01
Anexos: 6 FOLIOS

Bogotá, 21 de septiembre de 2017

Señores
Subdirección Financiera y Contable
ICFES

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES
No. 20172001113192
Fecha Radicado: 2017-09-21 12:37:13
Anexos: 6 FOLIOS

Asunto: radicación de cuenta de cobro, informe de actividades y demás soportes requeridos para el trámite de pago **N° 9** del Contrato 123 de 2017.

Respetados todos

Con el objetivo de tramitar el pago **N° 9** del Contrato 123 de 2017, anexo a la presente los documentos correspondientes al periodo comprendido entre el **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

Cordialmente,

Carlos A Parra V.

Carlos Arturo Parra Villamil
Contratista CPS N° 123 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: **21/09/2017**

Contrato No:	123	**Fecha de contrato:**	**16/01/2017**			**Nombre de Contratista**	**Carlos Arturo Parra Villamil**		
No. de factura o documento equivalente:	9	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**X**	**NIT / C.C contratista:**	**1.019.027.717**	
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.**

Relación de servicios prestados en el mes de Septiembre:

1. Apoyar al ICFES en la elaboración de informes específicos solicitados para los comités técnicos establecidos. – Se revisaron los estadísticos del módulo de cuidado en enfermería en los ámbitos clínico y comunitario.
2. Apoyar la convocatoria de comisionados y su participación en los comités programados. – Se participó en el proceso de revisión de los perfiles de los asistentes a la sesión de comité de área de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el examen Saber TyT.
3. Apoyar el diseño y desarrollo de presentaciones para las capacitaciones sobre el uso de modelos estadísticos relacionados con la evaluación en el contexto educativo. – Se realizó una presentación con el resumen de las actividades realizadas en el marco de la aplicación de pruebas adaptativas la cual se socializó con el equipo de trabajo y la Directora de evaluación encargada. Se realizó una presentación en la cual se socializó la asignación de programas a los diferentes programas para el año 2017.
4. Apoyar el desarrollo de las investigaciones y evaluaciones incluidas en la agenda de investigación y Evaluación del ICFES en aspectos relacionados con el componente estadístico y metodológico. – Se revisaron documentos técnicos relacionados con lineamientos técnicos en la implementación de pruebas adaptativas emitidos por entidades acreditadas a nivel internacional, los cuales fueron compartidos con el equipo de trabajo y la Directora encargada.
5. Realizar un análisis de referentes internacionales sobre pruebas adaptativas. – Durante el periodo se revisó la experiencia del sistema educativo en Turquía en la implementación de pruebas adaptativas para evaluar el ingreso al nivel de educación superior.
6. Simular escenarios donde se evidencie el uso y resultado de aplicar la metodología de pruebas adaptativas. – Se revisaron los códigos de medición de impactos en simulaciones de pruebas adaptativas realizados por el equipo de la Subdirección de estadísticas.
7. Documentar las actividades realizadas antes, durante y después del proceso de establecimiento de niveles de desempeño conforme a los procesos y procedimientos de la Subdirección de Diseño de Instrumentos. - Se remitieron las observaciones al procedimiento de Niveles de desempeño y Especificaciones de prueba.
8. Apoyar la realización los procesamientos estadísticos que sean requeridos por la Subdirección. - Se procesaron las bases de datos con la información de grupos de referencia para responder derechos de petición de diferentes universidades.

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**
CCMV02	Subdirección diseño de instrumentos		5.457.000
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)**	**5.457.000**

**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:	**LUISA FERNANDA BENAVIDES REINA**
FIRMA:	
CARGO:	**SUBDIRECTORA DE DISEÑO DE INSTRUMENTOS**

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

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	Carlos Arturo Parra Villamil			**C.C. / C.E. No.:**	1019027717	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	**01/09/2017**	**Hasta**	**30/09/2017**	**INFORME No.:**	9

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	123	**Fecha de inicio**	**16/01/2017**	**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 a la subdirección de Diseño de Instrumentos en la validación y publicación de los niveles de desempeño de los módulos adoptados de los exámenes Saber, promover el uso de pruebas adaptativas, participar en los procesos de conformación y documentación de los comités técnicos de área y, apoyar los procesos estadísticos o psicométricos que requieran las pruebas".***

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula **Séptima** del contrato, el valor del mismo fue por la suma de **SESENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS ($65.484.000) MCTE**, precio correspondiente a 88,765 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 TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS ($43.656.000) MCTE.***
SALDO DEL CONTRATO: ***VEINTIUN MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS ($21.828.000) MCTE.***	***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula **Décima** del contrato, el plazo del mismo se pactó de la siguiente manera: "El plazo de ejecución del contrato se contará a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el día 31 de diciembre de 2017"*

DESARROLLO DEL CONTRATO:	***El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:*** • *El **16** de **ENERO** de **2017** se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El **17** de **ENERO** de **2017** se firmó el acta de inicio del contrato No. **123**.*

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 así: (i) Un (1) primer pago por valor de **CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL PESOS ($5.457.000) IVA INCLUIDO**, para el mes de enero, contra entrega de la validación de niveles de desempeño de dos pruebas y ii) Once (11) pagos iguales por valor de **CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL PESOS ($5.457.000) 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 de honorarios del mes de enero	*$5.457.000*
2	**23/02/2017**	Pago de honorarios del mes de febrero	*$5.457.000*
3	**17/03/2017**	Pago de honorarios del mes de marzo	*$5.457.000*
4	**25/04/2017**	Pago de honorarios del mes de abril	*$5.457.000*
5	**22/05/2017**	Pago de honorarios del mes de mayo	*$5.457.000*
6	**20/06/2017**	Pago de honorarios del mes de junio	*$5.457.000*
7	**26/07/2017**	Pago de honorarios del mes de julio	*$5.457.000*
8	**24/08/2017**	Pago de honorarios del mes de agosto	*$5.457.000*
	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	1. Apoyar al ICFES en la elaboración de informes específicos solicitados para los comités técnicos establecidos. – Se revisaron los estadísticos del módulo de cuidado en enfermería en los ámbitos clínico y comunitario.	55%
2	2. Apoyar la convocatoria de comisionados y su participación en los comités programados. – Se participó en el proceso de revisión de los perfiles de los asistentes a la sesión de comité de área de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el examen Saber TyT.	45%

3	9. Apoyar el diseño y desarrollo de presentaciones para las capacitaciones sobre el uso de modelos estadísticos relacionados con la evaluación en el contexto educativo. – Se realizó una presentación con el resumen de las actividades realizadas en el marco de la aplicación de pruebas adaptativas la cual se socializó con el equipo de trabajo y la Directora de evaluación encargada. Se realizó una presentación en la cual se socializó la asignación de programas a los diferentes programas para el año 2017.	55%
4	10. Apoyar el desarrollo de las investigaciones y evaluaciones incluidas en la agenda de investigación y Evaluación del ICFES en aspectos relacionados con el componente estadístico y metodológico. – Se revisaron documentos técnicos relacionados con lineamientos técnicos en la implementación de pruebas adaptativas emitidos por entidades acreditadas a nivel internacional, los cuales fueron compartidos con el equipo de trabajo y la Directora encargada.	40%
6	11. Realizar un análisis de referentes internacionales sobre pruebas adaptativas. – Durante el periodo se revisó la experiencia del sistema educativo en Turquía en la implementación de pruebas adaptativas para evaluar el ingreso al nivel de educación superior.	55%
7	12. Simular escenarios donde se evidencie el uso y resultado de aplicar la metodología de pruebas adaptativas. – Se revisaron los códigos de medición de impactos en simulaciones de pruebas adaptativas realizados por el equipo de la Subdirección de estadísticas.	50%
8	16. Documentar las actividades realizadas antes, durante y después del proceso de establecimiento de niveles de desempeño conforme a los procesos y procedimientos de la Subdirección de Diseño de Instrumentos. - Se remitieron las observaciones al procedimiento de Niveles de desempeño y Especificaciones de prueba.	80%
9	19. Apoyar la realización los procesamientos estadísticos que sean requeridos por la Subdirección. - Se procesaron las bases de datos con la información de grupos de referencia para responder derechos de petición de diferentes universidades.	60%

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

1	

6. CONSTANCIAS

*El supervisor o interventor **Luisa Fernanda Benavides Reina – Subdirectora de Diseño de Instrumentos** 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.*

***Luisa Fernanda Benavides Reina**, 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 **(21)** de **(septiembre)** de **(2017)**

Carlos Parra	**Olga Calvo**	**Luisa Benavides**
Elaboró	Revisó	Aprobó

Bogotá D.C., 21 de septiembre de 2017

Doctora
Luisa Fernanda Benavides Reina
Subdirectora de Diseño de Instrumentos
Instituto Colombiano para la evaluación de la educación ICFES

Referencia Número de planilla **22166886**, pago salud, pensión y ARL.

El ICFES debe la suma de **$5.457.000 (CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE)**, valor que corresponde al **noveno** pago pactado en el contrato de prestación de servicios **123** de 2017.

Por favor consignar **$5.457.000** en la siguiente cuenta:

- Banco de Bogotá
- Cuenta de ahorros N° 078354537.

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 **123** de fecha 16 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,

CARLOS A PARRA V.

CARLOS ARTURO PARRA VILLAMIL
C.C. 1.019.027.717 de Bogotá.

Bogotá D.C., 21 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,

CARLOS A PARRA V.

Carlos Arturo Parra Villamil
C.C. 1019027717 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	1019027717	CARLOS ARTURO PARRA VILLAMIL		CRA 134 132A - 62	6000000	CARPARRAVI@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	05/09/2017	22166886	$677.300

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	272.900	0		0		0	0	0	0	272.900	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	349.300	0	0	0	0	0	0		349.300	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	11.400				11.400	0	0	11.400			114	11.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	860066942-7	43.700	0	0	43.700	1

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	272.900	272.900
Pensión	1	349.300	349.300
Riesgos Laborales	1	11.400	11.400
CCF	1	43.700	43.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	677.300	677.300

PAGADA
22166886

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