Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

No. 20172001108452
Fecha Radicado: 2017-09-20 15:35:06
Anexos: 7 ANEXOS

Destino: SUBDIRECCION FINANCIERA Y CONTABLE

No. 20172001108442
Fecha Radicado: 2017-09-20 15:34:30
Anexos: 7 ANEXOS

Bogotá, D, C., 20 de Septiembre de 2017

Doctora
María Sofía Arango Arango
Subdirectora de Abastecimiento y Se
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación – ICFES
Ciudad,

Respetada Doctora,

De manera atenta, hago entrega de los documentos correspondientes a la cuenta de cobro del mes de Septiembre de 2017 del contrato **130** de **2017**, de acuerdo a la siguiente relación:

1. Certificado original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado.
2. Informe de ejecución contractual.
3. Copia Cuenta de Cobro.
4. Copia Carta solicitud de deducciones y soportes (en caso que aplique).
5. Copia Comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales.

Cordialmente,

ALFREDO TORRES R.

ALFREDO TORRES RINCÓN
C.C: 79971749

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: 20/09/2017

Contrato No:	130	**Fecha de contrato:**	**18/01/2017**			**Nombre de Contratista**	**ALFREDO TORRES RINCÓN**		
No. de factura o documento equivalente:	9	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**		**NIT / C.C contratista:**	**79.971.749**	
Comprobante de ingreso a almacén No:		**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.**

Contratar los servicios para (1) apoyar los procesos de Diseño y Construcción de ítems de los instrumentos de evaluación del área de ciencias naturales y Ciencias Agropecuarias y (2) apoyar el diseño, construcción y evaluación de pruebas, en el marco de los proyectos especiales que desarrolle la Subdirección de Producción de Instrumentos durante la vigencia 2017. Los productos a entregar son los siguientes:

1. Asignación de ítems Saber 11° y Saber Pro Razonamiento Cuantitativo
2. Programación Ojos frescos, prueba Saber Pro Pensamiento Científico
3. Revisión de observaciones Ojos frescos, prueba Saber Pro Pensamiento Científico
4. Ajustes de revisión de estilo prueba Saber Pro Pensamiento Científico
5. Armado prueba Saber Pro Pensamiento Científico
6. Monitoreo Pruebas Saber 3°, 5°, 9°
7. Diligenciamiento formatos monitoreo Pruebas Saber 3°, 5°, 9°
8. Gestión ítems Saber 11° Razonamiento Cuantitativo
9. Gestión ítems Saber Pro Razonamiento Cuantitativo

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
PRBR02	Banco de ítems Saber 11	1.679.360
PRBR03	Banco de ítems Saber Pro	1.679.360
PRMN01	Examen SABER 3, 5 y 9	839.680
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)** **4.198.400**

**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:	**LUIS JAVIER TORO BAQUERO**
FIRMA:	
CARGO:	**Subdirector de Producción 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.**130**, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.*

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	ALFREDO TORRES RINCÓN			**C.C. / C.E. No.:**	79971749	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	01/09/2017	**Hasta**	30/09/2017	**INFORME No.:**	**9**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	**130**	**Fecha de inicio**	**18/01/2017**	**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: **"Contratar los servicios para (1) apoyar los procesos de Diseño y Construcción de ítems de los instrumentos de evaluación del área de ciencias naturales y Ciencias Agropecuarias y (2) apoyar el diseño, construcción y evaluación de pruebas, en el marco de los proyectos especiales que desarrolle la Subdirección de Producción de Instrumentos durante la vigencia 2017.".***

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula Septima del contrato, el valor del mismo fue por la suma de **CINCUENTA MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS (50.380.800) MCTE**, precio correspondiente a 73,073369545510587 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2016.*	***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de **TREINTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS (33.587.200) MCTE.***
SALDO DEL CONTRATO: ***DIECISEIS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS (16.793.600) M/CTE.***	***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 **18/01/2017** se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *Él **N/A** se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No. **130**.* • *Que se ejecutó, adicionó o prorrogó el contrato.*

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 CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL CUATROSCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 4.198.400) IVA INCLUIDO contra entrega del informe que relacione su gestión respecto a la revisión y validación de preguntas de Saber 11 y Saber Pro y II) Once (11) pagos por valor de CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL CUATROSCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 4.198.400) IVA INCLUIDO. 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 del ICFES para el desarrollo de las obligaciones contractuales. Las demoras en la presentación de los anteriores documentos, serán responsabilidad del 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	24/01/2017	Cuenta de cobro Enero de 2017	$4.198.400
2	22/02/2017	Cuenta de cobro Febrero de 2017	$4.198.400
3	16/03/2017	Cuenta de cobro Marzo de 2017	$4.198.400
4	26/04/2017	Cuenta de cobro Abril de 2017	$4.198.400
5	19/05/2017	Cuenta de cobro Mayo de 2017	$4.198.400
6	20/06/2017	Cuenta de cobro Junio de 2017	$4.198.400
7	25/07/2017	Cuenta de cobro Julio de 2017	$4.198.400
8	23/08/2017	Cuenta de cobro Agosto de 2017	$4.198.400
9			$
10			$
11			$
			$

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PAGO QUE SE EFECTUA A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME									X			

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Asignación de ítems Saber 11° y Saber Pro Razonamiento Cuantitativo	100 %
2	Programación Ojos frescos, prueba Saber Pro Pensamiento Científico	100 %
3	Revisión de observaciones Ojos frescos, prueba Saber Pro Pensamiento Científico	100 %
4	Ajustes de revisión de estilo prueba Saber Pro Pensamiento Científico	100 %
5	Armado prueba Saber Pro Pensamiento Científico	100 %
6	Monitoreo Pruebas Saber 3°, 5°, 9°	100 %
7	Diligenciamiento formatos monitoreo Pruebas Saber 3°, 5°, 9°	100 %
8	Gestión ítems Saber 11° Razonamiento Cuantitativo	80 %
9	Gestión ítems Saber Pro Razonamiento Cuantitativo	80 %
10		

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

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

6. CONSTANCIAS

*El supervisor o interventor **LUIS JAVIER TORO 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.*

***LUIS JAVIER TORO 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 **(20)** de **(septiembre)** de **(2017)**

ALFREDO TORRES P.	MARIBEL GONZALO R.	
Elaboró	Revisó	Aprobó

CUENTA DE COBRO

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

ALFREDO TORRES RINCÓN
CC. No. 79971749

LA SUMA DE: **CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS ($4.198.400)**

Por concepto de entrega del producto denominado:

Contratar los servicios para (1) apoyar los procesos de Diseño y Construcción de ítems de los instrumentos de evaluación del área de ciencias naturales y Ciencias Agropecuarias y (2) apoyar el diseño, construcción y evaluación de pruebas, en el marco de los proyectos especiales que desarrolle la Subdirección de Producción de Instrumentos durante la vigencia 2017.

Favor consignar a la cuenta de Ahorros No. 24025418048 Banco Caja Social.

ALFREDO TORRES R.
ALFREDO TORRES RINCÓN
CC. No. 79971749

Bogotá, D.C., 20 de Septiembre de 2017

Bogotá D.C., 20 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. Dependiente: Hijo de 6 años, Gabriel Torres Cicery actualmente a mi cargo (adjunto registro civil).

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

Cordialmente,

ALFREDO TORRES R.

Alfredo Torres Rincón
C.C. 79971749 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	79971749	Alfredo Torres Rincon		Calle 41A No 66 - 35	2210351	alfretorr79@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	22142076	$497.700

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	210.000	0		0		0	0	0	0	210.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	268.800	0	0	0	0	0	0		268.800	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	8.800				8.800	0	0	8.800			88	8.800	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	10.100	0	0	10.100	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	210.000	210.000
Pensión	1	268.800	268.800
Riesgos Laborales	1	8.800	8.800
CCF	1	10.100	10.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	497.700	497.700

PAGADA 22142076

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	79971749	Alfredo Torres Rincon		Calle 41A No 66 - 35	2210351	alfretorr79@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	22142076	$497.700

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	IHO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	79971749	TORRES RINCON ALFREDO	59	0			N																	230301	1.680.000	268.800	0	0	0	0	EPS001	1.680.000	210.000	14-18	1.680.000	1	8,800	CCF24	1.680.000	10.100	0	0	0	0	0

PAGADA
22142076

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

NUIP 1014879178

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51312156

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 52 [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido: TORRES
Segundo Apellido: CICERY
Nombre(s): GABRIEL

Fecha de nacimiento: Año 2011 Mes MAY Día 27
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 10748656-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CICERY RAMOS VIVIANA ANDREA
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 52732936 de BOGOTA
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: TORRES RINCON ALFREDO
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 79971749 de BOGOTA
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TORRES RINCON ALFREDO
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 79971749 de BOGOTA
Firma: ALFREDO TORRES R.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

No. de

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

No. _____ de _____

Fecha de inscripción

Año 2011 Mes MAY Día 31

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUIS SIMON GIL SUZMAN (E)
NOTARIA 52
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

---
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- PARA LA OFICINA DE REGISTRO -