Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

No. 20172001107822

Fecha Radicado: 2017-09-20 14:40:47

Anexos: 9 FOLIOS

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

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

No. 20172001107782

Fecha Radicado: 2017-09-20 14:30:18

Anexos: 9 FOLIOS

Doctor
JOSE GABRIEL SILVA BARROS
Subdirector Financiero y Contable
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación – ICFES
Ciudad,

Respetado Doctor,

De manera atenta, hago entrega de los documentos correspondientes a la cuenta de cobro del mes de Septiembre de 2017 del contrato **144** 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. Cuenta de Cobro.
4. Carta solicitud de deducciones y soportes (en caso que aplique).
5. Copia Comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales

Cordialmente,

DELVI YIZZET GÓMEZ MUÑOZ
C.C: 52214751

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:	144	**Fecha de contrato:**	20/01/2017			**Nombre de Contratista**	**DELVI YIZZET GÓMEZ MUÑOZ**		
No. de factura o documento equivalente:	9	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**NIT / C.C contratista:**	**52.214.751**		
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.**

Prestación de servicios profesionales para apoyar la coordinación de los procesos de Diseño y Construcción de ítems de los instrumentos de evaluación del área de ciencias sociales y competencias ciudadanas para las pruebas de Estado que tiene a su cargo el ICFES. Los productos a entregar son los siguientes:

1. Apoyo en el armado de BIBs y grupos piloto para las pruebas de Competencias ciudadanas Saber TyT y Saber Pro.
2. Apoyo en la realización de 4 sesiones de ojos frescos para las pruebas de Competencias ciudadanas Saber TyT y Saber Pro y revisión de los comentarios respectivos.
3. Revisión de sugerencias de cambio y ajustes de digramación y estilo para los armados de Saber T&T y Saber Pro.
4. Realización de una sesión de ojo fresco para la prueba Investigación en ciencias sociales, Saber PRO y revisión de los comentarios respectivos.
5. Armado de BIBS y grupos piloto para la prueba Investigación en ciencias sociales
6. Revisión de sugerencias de cambio y ajustes de diagramación y estilo para el armado de Investigación en ciencias sociales
7. Reporte de pagos de constructores y revisores de la prueba Sociales y ciudadanas, Saber 11.
8. Asistencia a una reunión de preparación para el diligenciamiento de formatos que serían utilizados en el monitoreo de la aplicación Saber 359.
9. Monitoreo de aplicación Saber 359, Soledad, Atlántico.
10. Revisión de segundas versiones de ítems y de comentarios sobre estos ítems hechos por revisores expertos para la prueba Sociales y Ciudadanas Saber 11
11. Revisión armado de prueba Competencias ciudadanas_policías

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	2.498.560
PRBR03	Banco de ítems Saber Pro	3.123.200
PRMN01	Examen SABER 3, 5 y 9	624.640
Tipo de moneda	**Pesos colombianos** / **Total (valor a Pagar)**	**6.246.400**

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

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	DELVI YIZZET GÓMEZ MUÑOZ				**C.C. / C.E. No.:**	52214751	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	01/09/2017	**Hasta**	30/09/2017		**INFORME No.:**	**9**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	**144**	**Fecha de inicio**	**20/01/2017**	**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 coordinación de los procesos de Diseño y Construcción de ítems de los instrumentos de evaluación del área de ciencias sociales y competencias ciudadanas para las pruebas de Estado que tiene a su cargo el ICFES.".***					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula Septima del contrato, el valor del mismo fue por la suma de **SETENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS (74.956.800) MCTE**, precio correspondiente a 108,71891566527185 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 **CUARENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS (49.971.200) MCTE.***	
SALDO DEL CONTRATO: ***VEINTICUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS (24.985.600) 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 **20/01/2017** 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. **144**.* • *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 SEIS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROSCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($6.246.400) IVA incluido para el mes de enero, 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 SEIS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROSCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($6.246.400) incluido IVA. 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	$6.246.400
2	22/02/2017	Cuenta de cobro Febrero de 2017	$6.246.400
3	16/03/2017	Cuenta de cobro Marzo de 2017	$6.246.400
4	26/04/2017	Cuenta de cobro Abril de 2017	$6.246.400
5	19/05/2017	Cuenta de cobro Mayo de 2017	$6.246.400
6	20/06/2017	Cuenta de cobro Junio de 2017	$6.246.400
7	25/07/2017	Cuenta de cobro Julio de 2017	$6.246.400
8	23/08/2017	Cuenta de cobro Agosto de 2017	$6.246.400
9			$
10			$
11			$
			$

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	Apoyo en el armado de BIBs y grupos piloto para las pruebas de Competencias ciudadanas Saber TyT y Saber Pro.	100%
2	Apoyo en la realización de 4 sesiones de ojos frescos para las pruebas de Competencias ciudadanas Saber TyT y Saber Pro y revisión de los comentarios respectivos.	100%
3	Revisión de sugerencias de cambio y ajustes de digramación y estilo para los armados de Saber T&T y Saber Pro.	100%
4	Realización de una sesión de ojo fresco para la prueba Investigación en ciencias sociales, Saber PRO y revisión de los comentarios respectivos.	100%
5	Armado de BIBS y grupos piloto para la prueba Investigación en ciencias sociales	100%
6	Revisión de sugerencias de cambio y ajustes de diagramación y estilo para el armado de Investigación en ciencias sociales	100%
7	Reporte de pagos de constructores y revisores de la prueba Sociales y ciudadanas, Saber 11.	100%
8	Asistencia a una reunión de preparación para el diligenciamiento de formatos que serían utilizados en el monitoreo de la aplicación Saber 359.	100%
9	Monitoreo de aplicación Saber 359, Soledad, Atlántico.	100%
10	Revisión de segundas versiones de ítems y de comentarios sobre estos ítems hechos por revisores expertos para la prueba Sociales y Ciudadanas Saber 11	95%
11	Revisión armado de prueba Competencias ciudadanas_policías	100%

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**

Elaboró	Revisó	Aprobó

CUENTA DE COBRO

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

DELVI YIZZET GÓMEZ MUÑOZ
CC. No. 52214751

LA SUMA DE: **SEIS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS ($6.246.400)**

Por concepto de entrega del producto denominado:

Prestación de servicios profesionales para apoyar la coordinación de los procesos de Diseño y Construcción de ítems de los instrumentos de evaluación del área de ciencias sociales y competencias ciudadanas para las pruebas de Estado que tiene a su cargo el ICFES.

Favor consignar a la cuenta de Ahorros No. 18675037023 de Bancolombia.

DELVI YIZZET GÓMEZ MUÑOZ
CC. No. 52214751

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. Medicina prepagada o seguro de salud COLMÉDICA a mi nombre, en la que se benefician mi madre, la señora María Irene Muñoz de Gómez, cédula 41428926 de Bogotá, cuyo certificado del año anterior anexo. (Artículo 6 Decreto Regulatorio 4713 del 2005).

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,

Delvi Gómez Muñoz
C.C.52214751 de Bogotá.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	DELVI YIZZET GOMEZ MUÑOZ
IDENTIFICACION:	CC-52214751
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2017-09-04
FECHA LIMITE DE PAGO:	2017-09-13
FECHA DE PAGO:	2017-09-04
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2017-09
PERIODO SALUD:	2017-09
NUMERO PLANILLA:	12071115
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	12071115
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS	1	$ 0	$ 393.400	$ 393.400
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 535.100	$ 535.100
14-18	860008645	LIBERTY	1	$ 0	$ 16.500	$ 16.500
CCF22	860007336	COLSUBSIDIO	1	$ 0	$ 63.000	$ 63.000
			Total a pagar	$ 0	$ 1.008.000	$ 1.008.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/10/2017

ASOCIACIÓN DE EGRESADOS
de la Universidad de los Andes

TYC15032017

Bogotá D.C, 15 de Marzo de 2017

Señora:
GOMEZ MUÑOZ DELVI YIZZET
Ciudad

Apreciada Señora:

Reciba un cordial saludo en nombre de la Asociación de Egresados de la Universidad de los Andes.

A solicitud de la interesada, nos permitimos certificar que la señora **GOMEZ MUÑOZ DELVI YIZZET**, identificada con cédula de ciudadanía No. **52.214.751**, fue titular no usuario del contrato colectivo de medicina Prepagada MEDISANITAS S.A, entidad vigilada por la Superintendencia nacional de salud, suscrito con nosotros cuyo número de identificación tributaria o Nit 800.153.424-8 con vigencia 31 de Diciembre del 2017 y renovación automática anual.

Por la prestación de los servicios de medicina prepagada, por los periodos de Enero 2016 a Marzo 2016 canceló un valor total de Ochocientos cincuenta y cuatro mil setenta pesos moneda legal vigente **($854.070)**.

El número de FAMILIA asignado por MEDISANITAS S.A. para la identificación es M613; este plan está conformado por los siguientes usuarios:

NOMBRE Y APELLIDOS	CLASE USUARIO	VALOR TOTAL Ene - Mar 2016
MUÑOZ DE GOMEZ MARIA IRENE	MADRE	$ 1.327410
TOTAL		**$ 1.327.410**

El desembolso de esta cuota debe ser mensual y pagado a la Asociación de Egresados de la Universidad de los Andes con Nit. No. 860.023.338-3 entidades recaudadora.

Agradecemos la atención prestada y cualquier aclaración con gusto la atenderemos.

Se expide a los Quince (15) días del mes de Marzo (03) del año dos mil diecisiete (2017).

Atentamente,

Liliana Patricia Moreno Cruz.
Coordinadora de Tesorería y Cartera.
UNIANDINOS.
EBautista

Asociación de Egresados de la Universidad de los andes
Sede Nacional: calle 92 No. 16-11
Sede Administrativa: Carrera 17 No. 91-06
Centro de Servicio al Afiliado: Carrera 16 No. 91-15
PBX 6162211
uniandinos@unaindinos.org.co

Medisanitas

MEDISANITAS S.A.
Compañía de Medicina Prepagada
Nit: 800.153.424-8
Calle 100 No. 11B-67
Medisanitas en línea 4871920 en Bogotá
y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá D.C., 22 de Febrero de 2017

Señor(a) 860023338

GOMEZ MUÑOZ DELVI YIZZET

MEDISANITAS certifica: que durante el año gravable 2016 , el(la) señor(a) GOMEZ MUÑOZ DELVI YIZZET identificado con C.C No 52214751 titular de la familia 613 del contrato de Medicina Prepagada No. 20-60-507573, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por intermedio de ASOC. DE EGRESADOS DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES NIT No 8600233383, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	P/TESCO	PERIODO	VALOR NETO	VALOR IVA	TOTAL
MUÑOZ DE GOMEZ MARIA IRENE	41418926	PA	01-01/31-03	$1,135,256	$56,763	$1,192,019
Por Concepto de Vales Vendidos				$111,426	$5,572	$116,998

LA SUMA DE: $1,309,017 (UN MILLON TRESCIENTOS NUEVE MIL DIECISIETE PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el Parágrafo 1, articulo 2, del decreto 1070 del 2013, el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT.

Atentamente,

EDISSON ROMERO ACOSTA
SubGerente de Operaciones

COLMÉDICA
MEDICINA PREPAGADA
Usted no está solo.

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S. A.

NIT. 800.106.339-1

CERTIFICA :

Que el señor(a) GOMEZ MUÑOZ DELVI YIZZET identificado(a) con CC No. 52214751 posee el contrato No. 500004050914 de Medicina Prepagada, el cual ampara a las siguientes personas:

NOMBRE	TID	IDENTIFICACIÓN	F.ANTIGUEDAD	PARENTESCO	VALOR
MUÑOZ DE GOMEZ MARIA IRENE	CC	41418926	3/1/2009	PADRES	$5,320,560.00
GOMEZ MUÑOZ DELVI YIZZET	CC	52214751	3/1/2016	TITULAR	$1,903,860.00

Este certificado se expide por el periodo comprendido entre el 01/03/2016 al 31/12/2016 para efectos de disminuir la base de retención en la fuente, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 387 del Estatuto Tributario y la Resolución 000071 del 21/11/2016 Expedida por la DIAN.

El valor máximo a deducir mensualmente por este concepto será de 16 UVT ($509,744.00 año 2017).

Los pagos por salud que dan derecho al descuento son de manera exclusiva, los efectuados por el trabajador en contratos de prestación de servicios a las empresas de Medicina Prepagada, de los cuales se beneficia el trabajador, su cónyugue, sus hijos y/o dependientes.

Expedida en la ciudad de BOGOTA a los 14 dias del mes de marzo de 2017

FIRMA AUTORIZADA