TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE
No. 20172001113272
Fecha Radicado: 2017-09-21 12:42:04
Anexos: 6 FOLIOS

Doctor
Subdirector de Abastecimiento y Servicios Gene
ICFES

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES
No. 20172001113262
Fecha Radicado: 2017-09-21 12:40:52
Anexos: 6 FOLIOS

Asunto: Radicación de cuenta de cobro, informe de actividades y demás soportes requeridos para el trámite de pago N° 7 del Contrato 264 de 2017

Respetado Doctor,

Con el objetivo de tramitar el pago N° 7 del Contrato 264 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 de la cuenta de cobro
- ✓ Copia del comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales

Cordialmente,

María Angélica Piñeros Rivera
Contratista CPS N° 264 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:	264	**Fecha de contrato:**	**01/03/2017**			**Nombre de Contratista**	**María Angélica Piñeros Rivera**		
No. de factura o documento equivalente:	7	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**	**X**	**NO**	**NIT / C.C contratista:**	**1.013.636.730**		
Comprobante de ingreso a almacén No:	N/A	**Pago número:**	7			**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 los servicios recibidos en el mes de septiembre:

1 Respuesta a solicitudes de IES al respecto de cambios en la oferta o grupo de referencia de sus programas.
2 Convocatoria del asesor y comisionados para el comité del módulo de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad de Saber TyT
3 Elaboración de informe técnico para el comité de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad de Saber TyT
4 Convocatoria del asesor y comisionados para el comité del módulo de Ciencias naturales de la enfermedad de Saber 11
5 Seminario sobre grupos de referencia
6 Apoyo en la revisión de instrumento de lineamientos de los CTA-T
7 Monitoreo de prueba Saber 3, 5, 9

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	3.500.000
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)** **3.500.000**

**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 INTRUMENTOS**

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. 264 de 2017, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	María Angélica Piñeros Rivera			**C.C. / C.E. No.:**	1013636730	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	1/09/2017	**Hasta**	30/09/2017	**INFORME No.:**	**7**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	264	**Fecha de inicio**	01/03/2017	**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 Subdirección de Diseño de Instrumentos en los procesos de conformación y documentación de los comités técnicos de área de los exámenes SABER y en la estandarización y actualización o elaboración de guías de orientación para los diferentes exámenes."*					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula SEPTIMA del contrato y a la cláusula PRIMERA de la adición y prorroga No 1. del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* ***TREINTA Y CINCO MILLONES ($35.000.000) MCTE****, precio correspondiente a aproximadamente 47 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* ***veintiún millones de pesos ($21.000.000) MCTE.***	
SALDO DEL CONTRATO: ***CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000) M/CTE.***				***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula* ***DECIMA*** *del contrato, el plazo del mismo se pactó en* ***diez (10)*** *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 1 de marzo de 2017 se suscribió el contrato 264 de 2017 entre las partes contratantes.* • *El 3 de marzo de 2017 se firmó el acta de inicio del contrato.* • *Se ejecutaron las actividades relacionadas en los informes de actividades presentado en los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio y agosto.* • *Se firmó adición y prorroga No. 1 al contrato 264 de 2017 el 24/05/2017.*				

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 a EL CONTRATISTA el valor del contrato de la siguiente forma: a. Un primer pago correspondiente al mes de marzo por el*

	valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($3.500.000) IVA incluido, previa entrega del documento técnico que dé cuenta del apoyo en el proceso de actualización y ajuste de una guía de orientación; b. Dos (2) pagos iguales por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($3.500.000) IVA incluido.". Y de conformidad con la cláusula ***PRIMERA*** *de la adición y prorroga No. 1 del contrato "adicionar al valor del contrato la suma de veinticuatro millones quinientos mil pesos M/CTE ($24.500.000), INCLUIDO iva, ADICIÓN QUE SE ENCUENTRA RESPALDADA MEDIANTE CERTIFICADO DE DISPONBILIDAD PRESUPUESTAL No. 985 de 2017, expedido por la Subdirección Financiera y Contable del Icfes. El valor en mención será pagado en siete (7) pagos vencidos por valor de TRES MILLONES QUIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.500.000) incluido IVA.*

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	17/03/201	Primer pago correspondiente al mes de marzo del año 2017	$ 3.500.000
2	25/04/2017	Segundo pago correspondiente al mes de abril del año 2017	$ 3.500.000
3	22/05/2017	Tercer pago correspondiente al mes de mayo del año 2017	$ 3.500.000
4	20/06/2017	Cuarto pago correspondiente al mes de junio del año 2017	$ 3.500.000
5	26/07/2017	Quinto pago correspondiente al mes de julio del año 2017	$ 3.500.000
6	24/08/2017	Sexto pago correspondiente al mes de agosto del año 2017	$ 3.500.000
	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	Respuesta a solicitudes de IES al respecto de cambios en la oferta o grupo de referencia de sus programas.	**100%**
2	Convocatoria del asesor y comisionados para el comité del módulo de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad de Saber TyT	**100%**
3	Elaboración de informe técnico para el comité de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad de Saber TyT	**80%**

4	Convocatoria del asesor y comisionados para el comité del módulo de Ciencias naturales de la enfermedad de Saber 11	**100%**
5	Seminario sobre grupos de referencia	**100%**
6	Apoyo en la revisión de instrumento de lineamientos de los CTA-T	**100%**
7	Monitoreo de prueba Saber 3, 5, 9	**100%**

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

1	

6. CONSTANCIAS

*El supervisor o interventor **Luisa Fernanda Benavidez 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 Benavidez Reina – SUBDIRECTORA DE DISEÑO DE INSTRUMENTOS,** 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 **(09)** de **(2017)**

MARÍA ANGÉLICA PIÑEROS RIVERA	**OLGA MILENA CALVO CORREA**	**LUISA FERNANDA BENAVIDES REINA**
Elaboró	Revisó	Aprobó

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,

María Angélica Piñeros Rivera
C.C. 1013636730 de Bogotá

Bogotá D.C., septiembre 21 de 2017

Doctor
LUISA FERNANDA BENAVIDES REINA
Subdirectora de Diseño de Instrumentos
Instituto Colombiano para la evaluación de la educación ICFES

Referencia Número de planilla **7669678191**, pago salud, pensión y ARL.

El ICFES debe la suma de **$3.500.000**, valor que corresponde al séptimo pago pactado en el contrato de prestación de servicios **264** de 2017.

Por favor consignar $3500000 en la siguiente cuenta:

- Banco Davivienda
- Cuenta de ahorros: **450200063078**

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 **264** de fecha 1 de marzo 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,

María Angélica Piñeros Rivera
C.C. 1013636730 de Bogotá

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013636730
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MARIA ANGELICA PINEROS RIVERA PINEROS RIVERA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	CAJICA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CLL 3 NO 11-44	TELÉFONO:	8830325
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7669678191**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2017	SALUD:	AÑO:	2017
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2017/09/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		279839453

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 224.000
SUBTOTAL:			1	**$ 224.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 175.000
SUBTOTAL:			1	**$ 175.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 8.400
SUBTOTAL:			1	**$ 8.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860008645	14-18	14-18-LIBERTY	1	$ 7.400
SUBTOTAL:			1	**$ 7.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 414.800**