

Destino SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS  
GENERALES



No. 20172001196272  
Fecha Radicado 2017-10-24 09:46:32  
Anexos 9 FOLIOS

ICFES IV

Bogotá, D.C., 17 de octubre de 2017

Destino SUBDIRECCION FINANCIERA Y CONTABLE



No. 20172001196252  
Fecha Radicado 2017-10-24 09:44:55  
Anexos 9 FOLIOS

ICFES IV

Señores

**Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES**

La ciudad

Ref.: Radicación cuenta de cobro Contrato No. 322 de 2017

En atención a la Comunicación Interna recibida el 22 de abril del 2016 y según radicado No. 20162300008863, relacionada con la radicación de cuentas de cobro, atentamente hago entrega de los siguientes soportes, correspondiente a mi CONTRATO No. 322 de 2017:

**Grupo de documentos para la Subdirección de Abastecimiento y Servicios Generales:**

- G3-FT004 Informe de ejecución contractual
- G3-FT001 - Certificación original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado .
- Cuenta de cobro
- Copia de la Certificación Bancaria
- Copia del Rut
- Carta para solicitud de deducciones.
- Copia comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales
- Copia del Registro Civil.

Cordialmente,

Jenny Paola Ortiz Reina

C.C. No. 53.932.234 de Fusagasugá



### 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:  
**17/10/2017**

Contrato No:	322	Fecha de contrato:	24/04/2017	Nombre de Contratista	JENNY PAOLA ORTIZ REINA
No. de factura o documento equivalente:	7	Contrato con adición (marque con una X)	SI NO X	NIT / C.C contratista:	53.932.234
Comprobante de ingreso a almacén No:		Pago número:	7	Periodo a pagar:	DE: 01/10/2017 A: 31/10/2017

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.**

- Realizar pruebas y análisis funcional de la aplicación GEMA - Módulo desempaque.
- Realizar pruebas y análisis funcional de la aplicación GEMA - Módulo desempaque Patrulleros.
- Realizar análisis funcional del módulo Destrucción.


**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
CCAT02	Subdirección Desarrollo de Aplicaciones	2.895.000
<b>Tipo de moneda</b>	<b>Pesos colombianos</b>	<b>Total (valor a Pagar)</b>
		<b>2.895.000</b>

*\*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:	Oscar Baquero Moreno
FIRMA:	
CARGO:	SUBDIRECTOR DE APLICACIONES

 <b>TODOS POR UN NUEVO PAÍS</b> PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN MINEDUCACIÓN LCFES	<b>INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>	Código: G3-FT004
		Versión: 1

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

**1. INFORMACIÓN CONTRATISTA**

<b>CONTRATISTA:</b>	JENNY PAOLA ORTIZ REINA	<b>C.C. / C.E. No.:</b>	53932234
<b>PERÍODO DEL INFORME:</b>	<b>Desde</b> 01/10/2017	<b>Hasta</b> 31/10/2017	<b>INFORME No.:</b> 6

**2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO**

<b>Contrato N°</b>	322	<b>Fecha de inicio</b>	24/04/2017	<b>Fecha de terminación</b>	31/12/2017
<b>Objeto del Contrato:</b> De conformidad con la cláusula <b>SEGUNDA</b> , el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera: <b>“Prestar los servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados”</b>					
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO:</b> Conforme a la cláusula <b>SÉPTIMA</b> del contrato, el valor del mismo fue por la suma de <b>VEINTISÉIS MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS (26.055.000) M/CTE..</b>			<b>VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:</b> El valor ejecutado fue por la suma de <b>VEINTE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS (\$20.265.000) MCTE.</b>		
<b>SALDO DEL CONTRATO:</b> <b>CINCO MILLONES SETESIENTOS NOVENTA MIL PESOS (\$5.790.000) M/CTE.</b>			<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b> De acuerdo a la cláusula <b>OCTAVA</b> del contrato, el plazo del mismo se pactó en <b>NUEVE (9) meses</b> , contados a partir de la fecha suscripción del acta de inicio.		
<b>DESARROLLO DEL CONTRATO:</b>		<b>El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El <b>24 de ABRIL de 2017</b> se suscribió el contrato entre las partes contratantes.</li> <li>• El <b>25 de ABRIL de 2017</b> se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No. <b>322</b></li> <li>• Que se ejecutó, adicionó o prorrogó el contrato.</li> </ul>			

**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 de la siguiente manera: a) Un primer pago por valor de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$2.895.000)**, IVA INCLUIDO contra entrega de: Pruebas funcionales Aplicativo móvil Sprint 02, y pruebas a Reportes de resultados Saber Pro; b) Ocho (08) pagos por valor de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$2.895.000)** 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	25/04/2017	contra entrega de: Pruebas funcionales Aplicativo móvil Sprint 02, y pruebas a Reportes de resultados Saber Pro	\$ 2.895.000
2	17/05/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$ 2.895.000
3	15/06/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$ 2.895.000
4	18/07/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$2.895.000
5	22/08/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$2.895.000
6	19/09/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$2.895.000
7	DD/MM/AAAA		\$
8	DD/MM/AAAA		\$
9	DD/MM/AAAA		\$
10	DD/MM/AAAA		\$
11	DD/MM/AAAA		\$
12	DD/MM/AAAA		\$

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

**4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Realizar pruebas y análisis funcional del proyecto Gema – Desempaque - Patrulleros	100%

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>	Código: G3-FT004
		Versión: 1

2	Realizar pruebas y análisis funcional del módulo de destrucción de material de examen.	100%
3		
4		

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

1	
2	

**6. CONSTANCIAS**

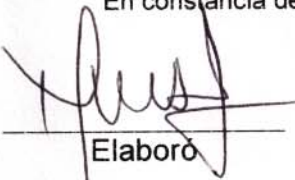
*El supervisor o interventor Oscar Yovanny Baquero acreditó que el contrato se ejecutó en el porcentaje correspondiente a satisfacción, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones pactadas en el mismo, y no se le impusieron multas.*

*Oscar Yovanny 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 **(17)** de **(10)** de **(2017)**

  
Elaboró

  
Revisó

  
Aprobó

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

JENNY PAOLA ORTIZ REINA  
CC. No. 53.932.234 de Fusagasugá

LA SUMA DE: **DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE**  
**(\$2.895.000,00) MONEDA CORRIENTE.**

Por prestar sus servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.

Favor consignar de la siguiente manera:

A. A la cuenta de ahorros: **699 176 720 16 del Banco Bancolombia**

Cordialmente.



JENNY PAOLA ORTIZ REINA  
CC. No. 53.932.234 de Fusagasugá  
BOGOTÁ, 17 de **octubre** de 2017

Bogotá D.C., 17 de octubre del 2017

Señores  
**Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES**  
**Subdirección Financiera y Contable**  
Ciudad

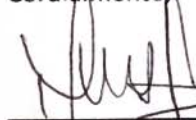
**Asunto:** Solicitud disminuciones en la base de la retención en la fuente de la cuenta del mes de **octubre** de 2017.

De acuerdo en el artículo 17 de la Ley 1819 de 2016, y al párrafo 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: KAROL ESTEFANY BALLEEN ORTIZ. Tarjeta de Identidad: 1 069 716 741.
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 **octubre**, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,



**JENNY PAOLA ORTIZ REINA**  
C.C. 53.932.234 de Fusagasugá

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="text"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	J	3	L
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
**REGISTRADURIA DE FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA\*\*\*\*\***

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: **BALLEN\*\*\*\*\*** Segundo Apellido: **ORTIZ\*\*\*\*\***

Nombre(s): **PAOLA ESTEBANA\*\*\*\*\***

Fecha de nacimiento: Año **2004** Mes **OCT** Día **24** Sexo (en letras) **FEMENINO\*\*\*\*\*** Grupo Sanguíneo **O\*\*\*\*\*** Factor RH **+\*\*\*\*\***

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección):  
**COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA\*\*\*\*\***

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
<b>CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO*****</b>	<b>A 5449566*****</b>

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: **ORTIZ REINA JENNY PAOLA\*\*\*\*\***

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
<b>CEDULA DE CIUDADANIA 0053932234*****</b>	<b>COLOMBIA*****</b>

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: **BALLEN MORA JAHN ALEXIS\*\*\*\*\***

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
<b>CEDULA DE CIUDADANIA 0081740616*****</b>	<b>COLOMBIA*****</b>

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: **BALLEN MORA JAHN ALEXIS\*\*\*\*\***

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
<b>CEDULA DE CIUDADANIA 0081740616*****</b>	<i>Jahn Alexis Ballen</i>

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos: \*\*\*\*\*

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos: \*\*\*\*\*

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año <b>2004</b> Mes <b>NOV</b> Día <b>05</b>	<b>CARLOS EDUARDO BUITRAGO CASAS****</b> <i>Carlos Eduardo Buitrago Casas</i>

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

**ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970.**

**CARLOS EDUARDO BUITRAGO CASAS**  
 Registrador del Estado Civil  
 Fusagasugá (Cundinamarca)

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

370





DATOS DEL APORTANTE							DATOS DE LA PLANILLA							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PERIODO COTIZACIÓN		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		MESES	AÑO	MESES	AÑO				
CC	53632234	JENNY PAOLA ORTIZ REINA	DIAGONAL 15 A 89A-30 INT 21 APA 501	4223301	JENNY.ORTIZRE@GMAIL.COM	NO	10	2017	10	2017	1	04/10/2017	2273107	\$336.200
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.									

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	LPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EP5044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-0	144.800	0	0	0	0	0	0	0	144.800	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	80224808-8	185.300	0	0	0	0	0	0	0	185.300	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. Ratificado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-18	Liberty Seguro de Vida	890009545-7	6.100	0	0	6.100	0	0	6.100	0	0	0	0	6.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
			0	0	0	0	0

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGC, LRA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	144.800	144.800
Pensión	1	185.300	185.300
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>336.200</b>	<b>336.200</b>