

24

Bogotá, D.C. 25 de abril 2018

Destino: SUBDIRECCION DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS
GENERALES



No. 20182000307072

Fecha Radicado: 2018-04-26 11:07:02

Anexos: 10 FOLIOS.



Señores
ICFES
La ciudad

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE



No. 20182000307032

Fecha Radicado: 2018-04-26 10:58:56

Anexos: 10 FOLIOS.



Ref.: Radicación cuenta de cobro

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. 087 de 2018:

Grupo de documentos para la SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE:

- Copia Certificación y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado.
- Original de la cuenta de cobro
- Certificación tributaria
- G3-FT004 Informe de ejecución contractual
- Copia comprobante de seguridad social y aportes parafiscales

Cordialmente,

JENNY MAYERLY DIAZ DIAZ
C.C. 1033710037

24

	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:
25/04/2018

Contrato No:	87	Fecha de contrato:	05/01/2018	Nombre de Contratista:	JENNY MAYERLY DIAZ DIAZ
No. de factura o documento equivalente:	4	Contrato con adición (marque con una X)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	NIT / C.C contratista:	1.033.710.037
Comprobante de ingreso a almacén No:		Pago número:	4	Periodo a pagar:	DE: 01/04/2018 A: 30/04/2018

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.**

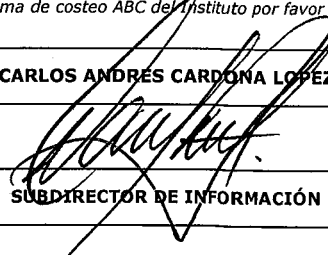
- *Solución de tickets [Obligación 7]
- *Carga de Usuarios nuevos de Instrumentos en producción [Obligación 7]
- *Carga de roles para los usuarios de Instrumentos en producción [Obligación 7]
- *Carga de pruebas para los usuarios de Instrumentos en producción [Obligación 7]
- *Cambio de fecha en la construcción de Items en producción [Obligación 7]
- *Carga Offline de un registro caso Especial [Obligación 20]
- *Reportes de Inscritos [Obligación 9]
- *Soporte a la prueba de saber 11 Extemporanea - PRISMA [Obligación 20]
- *Apoyo a casos de 359 por Correo [Obligación 20]
- *Apoyo a casos de 359 por Orfeo [Obligación 20]
- *Actualización de DUE en las estructuras de Orga [Obligación 7]
- *Carga de matrícula para SABER 11 CAL A [Obligación 7]
- *Configuración de la aplicación SABER 11 CAL A PRISMA [Obligación 7]
- *Generación de informe contractual - PRISMA [Obligación 11]
- *Apoyo al proceso de Registro de SABER TYT [Obligación 7]
- *Apoyo al proceso de Recaudo de SABER TYT [Obligación 7]
- *Validaciones a la base de datos de SABER TYT de Inscritos [Obligación 7]
- *Validaciones a la base de datos de SABER TYT de los sitios [Obligación 7]
- *Soporte a casos de Inscripción SBTYT en los períodos extraordinarios [Obligación 7]


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
CCAT03	Subdirección de Información	6.000.000
Tipo de moneda	Pesos colombianos	Total (valor a Pagar)
		6.000.000

**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:	CARLOS ANDRÉS CARDONA LOPEZ
FIRMA:	
CARGO:	SUBDIRECTOR DE INFORMACIÓN

	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	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. 087, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA


CONTRATISTA:	JENNY MAYERLY DIAZ DIAZ	C.C. / C.E. No.:	1.033.710.037
PERÍODO DEL INFORME:	Desde 01/04/2018	Hasta 30/04/2018	INFORME No.: 4

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	087	Fecha de inicio	05/01/2018	Fecha de terminación	31/12/2018
Objeto del Contrato: De conformidad con la cláusula SEGUNDA , el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera: Prestar sus servicios profesionales para apoyar el análisis y construcción de componentes para las bases de datos misionales, así como prestar apoyo en las actividades de soporte y mantenimiento de bases de datos, construcción y actualización de scripts de automatización.					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Conforme a la cláusula SEPTIMA del contrato, el valor del mismo fue por la suma de SETENTA Y DOS MILLONES DE PESOS (\$72.000.000) MCTE , precio correspondiente a 80 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2018.			VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME: El valor ejecutado fue por la suma de DIECIOCHO MILLONES DE PESOS (\$ 18.000.000) MCTE.		
SALDO DEL CONTRATO: CINCUENTA Y CUATRO MILLONES (54.000.000) M/CTE.			PLAZO DE EJECUCIÓN: De acuerdo a la cláusula DÉCIMA 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: <ul style="list-style-type: none"> • El 05 de Enero de 2018 se suscribió el contrato entre las partes contratantes. 				

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: "ICFES cancelará a El contratista el valor del contrato en doce (12) pagos mensuales por un valor de SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) MCTE IVA incluido. Los anteriores valores que serán pagados por entidad previa entrega de los informes o entregables de acuerdo con las
-----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: G3-FT004
		Versión: 1

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Solución de tickets [Obligación 7]	100%
2	Carga de Usuarios nuevos de Instrumentos en producción [Obligación 7]	100%
3	Carga de roles para los usuarios de Instrumentos en producción [Obligación 7]	100%
4	Carga de pruebas para los usuarios de Instrumentos en producción [Obligación 7]	100 %
5	Reportes de Inscritos [Obligación 9]	100 %
6	Cambio de fecha en la construcción de ítems en producción [Obligación 7]	100 %
7	Carga Offline de un registro caso Especial [Obligación 20]	100%
8	Soporte a la prueba de saber 11 Extemporánea - PRISMA [Obligación 20]	100%
9	Apoyo a casos de 359 por Correo [Obligación 20]	100 %
10	Apoyo a casos de 359 por Orfeo [Obligación 20]	100 %
11	Actualización de DUE en las estructuras de Orga [Obligación 7]	100 %
12	Carga de matrícula para SABER 11 CAL A [Obligación 7]	100 %
13	Configuración de la aplicación SABER 11 CAL A PRISMA [Obligación 7]	100 %
14	Generación de informe contractual - PRISMA [Obligación 11]	100 %
15	Apoyo al proceso de Registro de SABER TYT [Obligación 7]	100 %
16	Apoyo al proceso de Recaudo de SABER TYT [Obligación 7]	100%
17	Validaciones a la base de datos de SABER TYT de Inscritos [Obligación 7]	100%
18	Validaciones a la base de datos de SABER TYT de los sitios [Obligación 7]	100%
19	Soporte a casos de Inscripción SBTYT en los periodos extraordinarios [Obligación 7]	100%

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

1	
2	

6. CONSTANCIAS


*El supervisor o interventor **CARLOS ANDRES CARDONA LOPEZ** 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.*


CARLOS ANDRES CARDONA LOPEZ, 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 **(25)** de **(04)** de **(2018)**


**JENNY MAYERLY
 DIAZ DIAZ**
 Elaboró


**OLGA LILIANA
 CRUZ ORTIZ**
 Revisó


**CARLOS ANDRES
 CARDONA LOPEZ**
 Aprobó

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

JENNY MAYERLY DIAZ DIAZ
CC. No. 1.033.710.037 de Bogotá
REGIMEN SIMPLIFICADO

LA SUMA DE: SEIS MILLONES DE PESOS (\$6'000.000) MONEDA CORRIENTE.

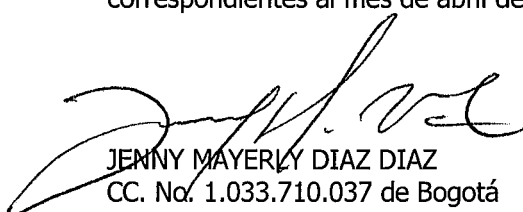
Prestación de servicios profesionales para apoyar el análisis y desarrollo de las bases de datos misionales en el grupo de operaciones, así como prestar apoyo en las actividades que se le asignen de los demás procesos y/o proyectos del área de la subdirección de información

Favor consignar a la cuenta:

CUENTA DE AHORROS

Cuenta: No. 007400683640
Banco: Banco Davivienda
Monto a consignar: \$ 6.000.000

Se anexa formato de planilla de pago de Salud y Pensión el N° de Planilla 26479358 correspondientes al mes de abril de 2018.



JENNY MAYERLY DIAZ DIAZ
CC. No. 1.033.710.037 de Bogotá

Bogotá, D.C., abril 25 de 2018

Bogotá D.C., 25 de abril del 2018

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 abril de 2018.

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: El señor SAMUEL DIAZ RIVERA identificado con C.C. 80.363.680 De Bogotá, no obtiene ingresos propios por lo cual es dependiente del Contratista.
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 abril, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,



Jenny Mayerly Diaz Diaz
C.C. 1033710037 de Bogotá

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICA

Que para los efectos de la norma establecida en numeral 4 del el párrafo 2 del art. 387 del E.T, el señor SAMUEL DIAZ RIVERA, identificado con la cédula de ciudadanía 80.363.680 expedida en Bogotá, residente en la ciudad de Bogotá, es el PADRE de la señora JENNY MAYERLY DIAZ DIAZ, identificada con cédula de ciudadanía 1.033.710.037 expedida en Bogotá.

Que en la actualidad el señor SAMUEL DIAZ RIVERA no obtiene ingresos propios por lo cual se cumplen los criterios para que el señor SAMUEL DIAZ RIVERA pueda figurar como dependiente de la señora JENNY MAYERLY DIAZ DIAZ.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado. En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá a los veinte seis (25) días del mes de abril de 2018.



ADRIANA LOPEZ ORTEGA
TP 141460-T

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 80.363.680

DIAZ RIVERA

NOMBRES

SAMUEL

APellidos

Samuel Diaz R.

PIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1965

SANTA ROSA DE VITERBO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

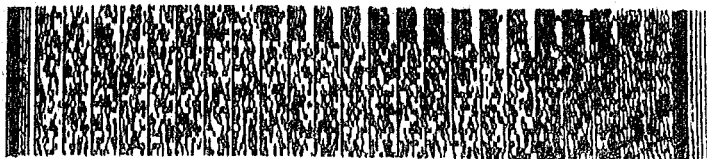
M

SEXO

21-MAY-1984 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRACION NACIONAL
CARLOS ENRIQUE OCHOA TORRES



A-1600160-00005681-M-0000363680-20081014

0004376073A 1

113830160005

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

141460-T

ADRIANA
LOPEZ ORTEGA
C.C. 60370141

RESOLUCION INSCRIPCION 114 FECHA 14/05/2009
UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

PRESIDENTE 


LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ 150966



Adriana Lopez Or

FIRMA DEL TITULAR 65162

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central
de Contadores



LOGOCHINA 120101000



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14294500617



(415)7707212489984(8020) 000001429450061 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 3 3 7 1 0 0 3 7 - 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 3 3 7 1 0 0 3 7

27. Fecha expedición:

2 0 0 7 0 6 0 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

DIAZ

32. Segundo apellido

DIAZ

33. Primer nombre

JENNY

34. Otros nombres

MAYERLY

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 19 C 57 26 SUR BRR SAN BENITO

42. Correo electrónico:

zaidje8927@gmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

8 1 2 9 4 8 5

45. Teléfono 2:

3 1 4 2 2 8 3 4 9 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código:

6 2 0 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 2 0 7 0 2

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI NO

60. No. de Folios:

1

61. Fecha:

2 0 1 4 0 6 1 3

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FLOREZ BRICEÑO ELBA CECILIA

985. Cargo: Gestor I

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES TIPO: CC NUMERO: 103270037 DIRECCION: CR 19 C 57 26		MOMBRE O RAZON SOCIAL: LENNY MAYERLY DIAZ DIAZ CIUDAD/INICIPIO: BOGOTA D.C. CODIGO: 11001		TIPO PRESENTACION: U C S D DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.		PERIODO DE COTIZACION: MES: 4 AÑO: 2018 PERIODO DE RIESGOS LAB: CCF: 0 SEMA: 0 ICFB: 0		CLASE DE APORTANTE: PEQUEÑO GRANDE INDEPENDIENTE TIPO EMPRESA: PUBLICA PRIVADA MIXTA VALOR NOMINA: 2.400.000		CODIGO ARL: 14-18 FECHA DE PAGO (base 2018): 2018/04/06 No. AUTORIZACION: 327597505	
SALUD: MES: 4 AÑO: 2018 CORREO ELECTRONICO: zaid9897@gmail.com		CODIGO: 11 TELEFONO: 8123488		SUCURSAL / DEPENDENCIA:		NIT CCF: 86007236-1		TIPO EMPLERADOS: 1		PAG: 1 DE 2	

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD APP	NIT APP	EPS	COTIZACION OBLIGATOR	LIC. MATERNIDAD	INCAPACIDADES		NETO COTIZAC	INTERESES MORA OBL	SUBTOTAL COTIZACION	SALDO A FAVOR OBLIG	SALDO A FAVOR UPS ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. ARL
					No. AUTORIZ	VALOR							
EPS008	86066942-7		300.000	0	0	300.000	0	0	300.000	0	0	300.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD APP	NIT APP	FONDO SOLI	INTERES MORA COTIZ	VALOR NETO COTIZACION	TOTAL A PAGAR	No. ARL
25-14	90038004-7	0	0	0	384.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIG	VALOR	VALOR NETO COTIZACION	TOTAL A PAGAR	No. ARL
14-18	86000845-7	12.600	0	12.600	12.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT. MORA	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR	No. ARL
12.600	0	0	126	12.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTES	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. ARL
CFP22	86007236-1	48.000	0	0	48.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICFB Y SEMA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT. MORA	TOTAL A PAGAR	No. ARL
1	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	4

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE RETENIR I.P.P. Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	384.000	384.000
SALUD	300.000	300.000
RIESGOS LABORALES	12.600	12.600
CCF	48.000	48.000
SEMA	0	0
ICFB	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	744.600	744.600