

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS  
GENERALES

Bogotá, D, C., 26 de febrero de 2018



No. 20182000127642

Fecha Radicado: 2018-02-26 14:23:49

Anexos: 7 ANEXOS.



Doctor  
**JOSE GABRIEL SILVA BARROS**  
**Subdirector Financiero y Contable**  
**Instituto Colombiano para la Evaluación**  
**Ciudad,**

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE



No. 20182000127632

Fecha Radicado: 2018-02-26 14:22:53

Anexos: 7 ANEXOS.



Respetado Doctor,

De manera atenta, hago entrega de los documentos correspondientes a la cuenta de cobro del mes de febrero de 2018 del contrato **187** de **2018**, 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,

**JUAN PABLO FRANCO TORRES**  
**C.C: 1023865245**

**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:

26/02/2018

Contrato No:	187	Fecha de contrato:	15/01/2018	Nombre Contratista de:	JUAN PABLO FRANCO TORRES
No. de factura o documento equivalente:	2	Contrato con adición (marque con una X)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NIT / C.C contratista:	1.023.865.245
Comprobante de ingreso a almacén No:		Pago número:	2	Periodo a pagar:	DE: 01/02/2018 A: 28/02/2018

07/06

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.**

Prestar servicios profesionales para apoyar la digitación, diagramación y edición de la meta de construcción del material de los exámenes de Estado Saber Pro, Saber T y T, y los proyectos especiales. Los productos a entregar son los siguientes:

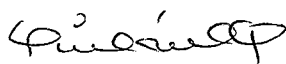
1. Diagramación de ítems para Diseño de Sistemas mecánicos –Saber Pro - 25 ítems - Prisma
2. Diagramación de ítems para Formulación de Proyectos de Ingeniería – Saber Pro -13 ítems - Prisma
3. Diagramación de ítems para Competencias Ciudadanas – Saber 11 - 20 ítems - Prisma
4. Diagramación de ítems para Razonamiento Cuantitativo – Saber 11 -32 ítems - Prisma
5. Diagramación de ítems para LENGUAJE 5º -90 ítems - Prisma
6. Diagramación de ítems para Lectura Crítica Saber 11 -25 ítems - Prisma

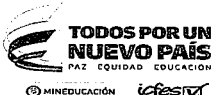
**ASÍ MISMO, EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO CON MI FIRMA LO SIGUIENTE:**

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	727.100
PRBR03	Banco de ítems Saber Pro	2.181.300
PRBR01	Banco de ítems Saber 3, 5 y 9	727.100
<b>Tipo de moneda</b>	<b>Pesos colombianos</b>	<b>Total (valor a Pagar)</b>
		<b>3.635.500</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:	NUBIA ROCÍO SÁNCHEZ MARTÍNEZ
FIRMA:	
CARGO:	SUBDIRECTORA DE PRODUCCIÓN DE INSTRUMENTOS

	<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.187, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

### 1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

<b>CONTRATISTA:</b>	JUAN PABLO FRANCO TORRES			<b>C.C. / C.E. No.:</b>	1023865245		
<b>PERÍODO DEL INFORME:</b>	<b>Desde</b>	01/02/2018	<b>Hasta</b>	28/02/2018	<b>INFORME No.:</b>	<b>2</b>	

### 2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

<b>Contrato N°</b>	<b>187</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>15/01/2018</b>	<b>Fecha de terminación</b>	<b>30/06/2018</b>
<b>Objeto del Contrato:</b> De conformidad con la cláusula <b>Segunda</b> , el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera: <i>“Prestar servicios profesionales para apoyar la digitación, diagramación y edición de la meta de construcción del material de los exámenes de Estado Saber Pro, Saber T y T, y los proyectos especiales.”</i>					
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO:</b> Conforme a la cláusula Séptima del contrato, el valor del mismo fue por la suma de <b>DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS (19.995.250) MCTE</b> , precio correspondiente a 25,594182084424546 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2018.			<b>VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:</b> El valor ejecutado fue por la suma de <b>UN MILLON OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS (1.817.750) MCTE</b> .		
<b>SALDO DEL CONTRATO:</b> <b>DIECIOCHO MILLONES CIENTO SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS (18.177.500) M/CTE.</b>			<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b> De acuerdo a la cláusula <b>Decima</b> del contrato, el plazo del mismo se pactó en <b>Seis (6) 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>15/01/2018</b> se suscribió el contrato entre las partes contratantes.</li> <li>• Él <b>17/01/2018</b> se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No. <b>187</b>.</li> <li>• Que se ejecutó, adicionó o prorrogó el contrato.</li> </ul>			



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

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Diagramación de ítems para Diseño de Sistemas mecánicos –Saber Pro - 25 ítems – Prisma	100%
2	Diagramación de ítems para Formulación de Proyectos de Ingeniería – Saber Pro - 13 ítems - Prisma	100%
3	Diagramación de ítems para Competencias Ciudadanas – Saber 11 - 20 ítems - Prisma	100%
4	Diagramación de ítems para Razonamiento Cuantitativo – Saber 11 -32 ítems - Prisma	100%
5	Diagramación de ítems para LENGUAJE 5° -90 ítems - Prisma	100%
6	Diagramación de ítems para Lectura Crítica Saber 11 -25 ítems - Prisma	100%
7		%
8		%
9		%
10		%

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

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

10

## 6. CONSTANCIAS

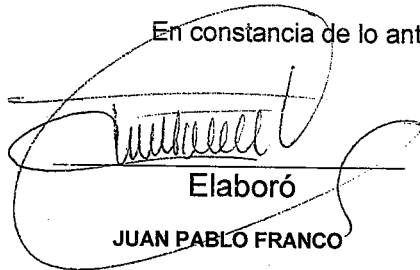
El supervisor o interventor **NUBIA ROCIO SANCHEZ MARTINEZ** acreditó que el contrato se ejecutó en el porcentaje correspondiente a satisfacción, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones pactadas en el mismo, y no se le impusieron multas.

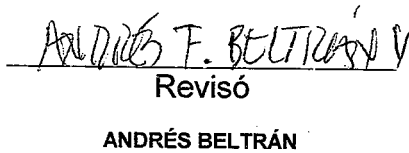
**NUBIA ROCIO SANCHEZ MARTINEZ**, en su calidad de supervisor del contrato deja constancia que en el marco de lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el contratista ha dado cumplimiento a los pagos por concepto de aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje según corresponda,

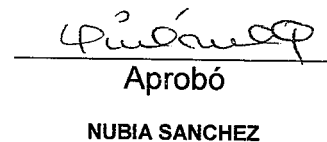
## 7. OBSERVACIONES

(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 **26 de febrero de 2018**

  
Elaboró  
**JUAN PABLO FRANCO**

  
Revisó  
**ANDRÉS BELTRÁN**

  
Aprobó  
**NUBIA SANCHEZ**

CUENTA DE COBRO

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

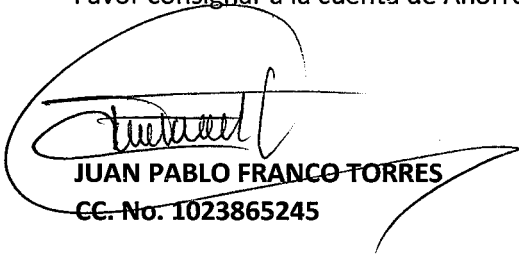
**JUAN PABLO FRANCO TORRES**  
**CC. No. 1023865245**

LA SUMA DE: **TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS**  
**(\$3.635.500)**

Por concepto de entrega del producto denominado:

Prestar servicios profesionales para apoyar la digitación, diagramación y edición de la meta de construcción del material de los exámenes de Estado Saber Pro, Saber T y T, y los proyectos especiales.

Favor consignar a la cuenta de Ahorros No. 005570384585 de Davivienda.



**JUAN PABLO FRANCO TORRES**  
**CC. No. 1023865245**

Bogotá, D.C., 26 de febrero de 2018

Bogotá D.C., 26 de febrero 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 febrero 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: Juan José Franco López, 1.021.690.702.
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 febrero de 2018, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,



**JUAN PABLO FRANCO TORRES**  
C.C 1.023.865.245 de BOGOTÁ



REPUBLICA DE COLOMBIA



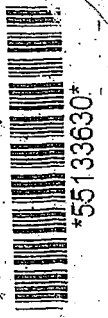
ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial

55133630

NUIP 1021690702



**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código A 6

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: FRANCO Segundo Apellido: LOPEZ  
Nombre(s): JUAN JOSE  
Fecha de nacimiento: Año 1986 Mes 1 Día 6 Sexo (en letras): MASCULINO Grupo sanguíneo: O Factor RH: POSITIVO  
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ

**Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos**

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo: 1329819-6

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: LOPEZ GARCIA JENNY JASBLEIDY  
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1013606119 DE BOGOTÁ Nacionalidad: COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: FRANCO TORRES JUAN PABLO  
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1023865245 DE BOGOTÁ Nacionalidad: COLOMBIANA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: FRANCO TORRES JUAN PABLO  
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1023865245 DE BOGOTÁ  
Firma: [Firma manuscrita]

**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**

Año: 1986 Mes: 1 Día: 6

**Nombre y firma del funcionario que autoriza**

ALEJANDRO [Firma manuscrita]

**Reconocimiento paterno**

Firma: \_\_\_\_\_

**Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento**

Nombre y firma: \_\_\_\_\_

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023965245	JUAN PABLO FRANCO TORRES	CLLE 8 SUR N 10 32	3115131906	JUANITODEMARIAG@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1-Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD	DIFERENTE A SALUD						
MES	AÑO	MES	AÑO				
2	2018	2	2018	I	15/02/2018	24984399	\$423.300

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	181.800	0		0	0	0	3	500	0	182.300	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	900224808-8	232.700	0	0	0	0	3	600	0	233.300	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. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-18	Lib Sag. De Vida	860008645-7	7.600			7.600	3	100	7.700			76	7.700	1	

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

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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	181.800	182.300
Pensión	1	232.700	233.300
Riesgos Laborales	1	7.600	7.700
OTROS	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>		<b>423.100</b>	<b>423.300</b>

