Destino: SUBDIRECCION DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

No. 20182000308372
Fecha Radicado: 2018-04-26 14:55:34
Anexos: 7 ANEXOS.

Bogotá D. C., 25 de abril de 2018

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

No. 20182000308382
Fecha Radicado: 2018-04-26 14:56:03
Anexos: 7 ANEXOS.

Señores
Subdirección Financiera y Contable
Icfes
Calle 26 No. 69-76, Torre 2, Edificio Elemento, Piso 18
Ciudad

Asunto: Radicación y entrega soportes cuenta de cobro No. 4
Contrato 223 de 2018

Me permito radicar los soportes requeridos para el pago correspondiente al presente mes:

- Certificado original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado
- Informe de ejecución contractual
- Carta solicitud retención en la fuente
- Cuenta de cobro
- Copia comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales
- Certificado pago Plan de Atención Complementaria

María del Pilar González Henao
C.C 1.010.170.093

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN · MINEDUCACIÓN · icfes	**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:	223	**Fecha de contrato:**	**16/01/2018**			**Nombre de Contratista**	**MARIA DEL PILAR GONZALEZ HENAO**		
No. de factura o documento equivalente:	4	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**X**	**NIT / C.C contratista:**	**1.010.170.093**	
Comprobante de ingreso a almacén No:	NA	**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.**

Obligación 2. "Apoyar en el diagnóstico del nivel y grado de madurez de la administración de los riesgos en el instituto, ayudando a identificar las fortalezas y debilidades de las prácticas existentes, recomendando alternativas que permitan mejorar el tratamiento y manejo del riesgo."
- Asistencia a la reunión con el MEN de Asesoría Técnica de la Gestión del Riesgo el 16 de abril.

Obligación 5. "Apoyar las actividades del grupo gestor de Planeación y Calidad en el proceso de Gestión, Control y seguimiento"
- Actualización de Indicadores de gestión del primer trimestre de la OCI en el aplicativo.

Obligación 6. "Apoyar la gestión del aplicativo de los sistemas de Gestión del Instituto en los módulos o tareas que se le asigne"
- Apoyo en el uso del Aplicativo Daruma para el cambio de la documentación de la OCI.

Obligación 7. "Apoyar la gestión de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, la actualización de documentación y la medición del desempeño del proceso de OCI"
- Asistencia al taller interno plan de mejoramiento el 6 de abril.
- Apoyo en la revisión y actualización del subproceso, procedimientos, indicadores y formatos de la OCI.

Obligación 9. "Asistir a reuniones o eventos, conforme las instrucciones del supervisor del contrato."
- Inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo el 11 de abril.
- Capacitación Gestión y Calidad 12 de abril.
- Capacitación Socialización de Normas Técnicas colombianas el 16 de abril.
- Capacitación Cifrado y Rotulado el 18 de abril.

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**
CCAG06	Control Interno Auditoria Interna		4.572.514
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)**	**4.572.514**

**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:	**ADRIANA BELLO CORTÉS**
FIRMA:	
CARGO:	**JEFE OFICINA CONTROL INTERNO**

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. _223_, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	María del Pilar González Henao				**C.C. / C.E. No.:**	1.010.170.093	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	01/04/2018	**Hasta**	30/04/2018		**INFORME No.:**	**04**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	223	**Fecha de inicio**	16/01/2018	**Fecha de terminación**	31/07/2018

Objeto del Contrato: ***De conformidad con la cláusula segunda, el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera:*** *"Prestar servicios profesionales para el desarrollo de las actividades propias de los roles de la Oficina de Control Interno, en especial con los de Evaluación y Seguimiento y Evaluación de Gestión del Riesgo conforme a lo establecido en el Plan Anual de Auditoría; así como, ser el canal de comunicación con el grupo gestor de calidad atendiendo los requerimientos de los sistemas de gestión y modelos referenciales implementados en la entidad."*

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula séptima del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* ***VEINTINUEVE MILLONES SETECIENTOS VEINTIÚN MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS ($29.721.341) MCTE****, precio correspondiente a 38,04 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2018.*	***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *A la fecha del presente informe se ha ejecutado la suma de* ***ONCE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS ($11.431.285)***
SALDO DEL CONTRATO: ***DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS ($18.290.056) MCTE***	***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula décima del contrato, el plazo del mismo se pactó a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el día 31 de julio de 2018*
DESARROLLO DEL CONTRATO:	***El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:*** • *El* ***16*** *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: "i)* ***Un primer (1) pago por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS ($2.286.257) IVA INCLUIDO, y ii) Seis (6) pagos mensuales por valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS ($4.572.514) 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
01	26/01/2017	Primer pago	$***2.286.257***
02	26/02/2017	Segundo pago	$***4.572.514***
03	26/03/2017	Tercer pago	$***4.572.514***

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	**Obligación 2. "Apoyar en el diagnóstico del nivel y grado de madurez de la administración de los riesgos en el instituto, ayudando a identificar las fortalezas y debilidades de las prácticas existentes, recomendando alternativas que permitan mejorar el tratamiento y manejo del riesgo."** • Asistencia a la reunión con el MEN de Asesoría Técnica de la Gestión del Riesgo el 16 de abril.	**100%**
2	**Obligación 5. "Apoyar las actividades del grupo gestor de Planeación y Calidad en el proceso de Gestión, Control y seguimiento"** • Actualización de Indicadores de gestión del primer trimestre de la OCI en el aplicativo.	**100%**
3	**Obligación 6. "Apoyar la gestión del aplicativo de los sistemas de Gestión del Instituto en los módulos o tareas que se le asigne"** • Apoyo en el uso del Aplicativo Daruma para el cambio de la documentación de la OCI.	**100%**
4	**Obligación 7. "Apoyar la gestión de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, la actualización de documentación y la medición del desempeño del proceso de OCI"** • Asistencia al taller interno plan de mejoramiento el 6 de abril. • Apoyo en la revisión y actualización del subproceso, procedimientos, indicadores y formatos de la OCI.	**100%**

5	**Obligación 9. "Asistir a reuniones o eventos, conforme las instrucciones del supervisor del contrato."** • Inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo el 11 de abril. • Capacitación Gestión y Calidad el 12 de abril. • Capacitación Socialización de Normas Técnicas colombianas el 16 de abril. • Capacitación Cifrado y Rotulado el 18 de abril.	**100%**

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

6. CONSTANCIAS

*El supervisor o interventor **Adriana Bello Cortés** 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.*

***Adriana Bello Cortés,** 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 **abril** de **2018**

María del Pilar González Henao	Adriana Bello Cortés	Adriana Bello Cortés
Elaboró	Revisó	Aprobó

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 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 **abril**, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

2. Plan de Atención Complementaria con EPS Famisanar LTDA, cuyo certificado del año anterior anexo. (Artículo 6 Decreto Regulatorio 4713 del 2005)

Cordialmente,

María del Pilar González Henao
Cc 1'010.170.093 de Bogotá

CUENTA DE COBRO No. 4
DEL 1 Al 30 de ABRIL

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN-ICFES

NIT 860.024.301-6

DEBE A:

NOMBRE: María del Pilar González Henao

IDENTIFICACIÓN: C.C 1.010.170.093

LA SUMA DE: *CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS ($4.572.514) IVA INCLUIDO*

POR CONCEPTO DE: Contrato No. 223 de 2018

DESEMBOLSO No. 04

OBJETO: *Prestar servicios profesionales para el desarrollo de las actividades propias de los roles de la Oficina de Control Interno, en especial con los de Evaluación y Seguimiento y Evaluación de Gestión del Riesgo conforme a lo establecido en el Plan Anual de Auditoría; así como, ser el canal de comunicación con el grupo gestor de calidad atendiendo los requerimientos de los sistemas de gestión y modelos referenciales implementados en la entidad.*

DIRECCION: Calle 125 # 52 – 43

CIUDAD: Bogotá

TELEFONO: 3002653637

Solicito que sea transferido a mi **CUENTA AHORROS 207-560865-46 BANCOLOMBIA**

FECHA EMISIÓN: 25-04-2018

FIRMA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1010170093
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA DEL PILAR GONZALEZ HENAO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 125 NO 52 43 APTO 401	TELÉFONO:	2268897
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de consultaría de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7686128616**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	abril
	AÑO:	2018		AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/04/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		330942169

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800253055	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 292.700
SUBTOTAL:			1	**$ 292.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 228.700
SUBTOTAL:			1	**$ 228.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860008645	14-18	14-18-LIBERTY	1	$ 9.600
SUBTOTAL:			1	**$ 9.600**

TOTAL PAGADO:	**$ 531.000**

E.P.S FAMISANAR LTDA.
Nit. 830.003.564-7
PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA

CERTIFICA

Que GONZALEZ HENAO MARIA DEL PILAR identificado con CC número 1010170093 fue o es contratante del plan PREFERENCIAL FAMILIAR y durante el periodo comprendido entre el 01/01/2017 al 31/12/2017 canceló la suma de UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($1.631.952) incluido I.V.A.

Contrato : F-22552-0001		Vigente				
Identificación	Nombre	Desde	Hasta	Parentesco	Edad	Valor
CC 1010170093	GONZALEZ HENAO MARIA DEL PILAR	15/04/2014	14/04/2018	CONTRATANTE	31	$ 1,631,952

Se expide en Bogotá D.C., a los 25 días del mes de enero de 2018

Octavio Enrique Gómez González
Sub-Director de Operaciones PAC