Bogotá, D.C., 25 de mayo de 2018

Señores
ICFES

20182000420132 F
20182000420142 A

Ref.: Radicación cuenta de cobro Contrato No. 240 del 2018

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. 240 del 2018:

Grupo de documentos para la SUBDIRECIÓN FINANCIERA Y CONTABLE:

- Copia Certificación y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado.
- Original de la cuenta de cobro
- Certificación tributaria
- Copia comprobante de seguridad social y aportes parafiscales
- Gestión Contractual

Cordialmente,

HELLMAN DARIO SALAZAR ALDANA
No. C.C. No:82'391.201

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: **25/05/2018**

Contrato No:	240	**Fecha de contrato:**	**01/02/2018**			**Nombre de Contratista**	**HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA**		
No. de factura o documento equivalente:	4	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**NIT / C.C contratista:**	**82'391,201**		
Comprobante de ingreso a almacén No:		**Pago número:**	4			**Periodo a pagar:**	**DE:** 01/05/2018	**A:**	31/05/2018

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.**

1 Gestión y seguimiento de depuración de objetos inválidos en base de datos MISIONAL producción (Clausula 4, numeral 1,3 y 4 del contrato 204)
2 Reunión de seguimiento de operaciones del proveedor UNE (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)
3 Gestión de copia de esquema tramites de base de datos MISIONAL producción para migración hacia base de datos MISIONAL pruebas (Clausula 4, numeral 2 del contrato 204)
4 Gestión y validación de espacio de almacenamiento para backups de la instancia MISIONAL producción (Clausula 4, numeral 2 del contrato 204)
5 Gestión para definición de procedimiento para proceso de ejecución de scripts, proceso automatizado (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)
6 Atención a solicitudes de ejecución de scripts por demanda (Clausula 4, numeral 1,3 y 4 del contrato 204)
7 Contrucción de guías de recuperación de bases de datos (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)
8 Validación de Informes y comunicados UNE (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)
9 Monitoreo de bases de datos (Clausula 4, numeral 1,3 y 4 del contrato 204)
10 Reunión de contrato para renovación de servicios con el proveedor UNE (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)
11 Acompañamiento en actividades de publicación para proceso SABER 11B (Clausula 4, numeral 2 del contrato 204)
12 Actualización de proceso de bases de datos H3P1 para auditoría (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)
13 Gestión y seguimiento a corrección de vulnerabilidades de seguridad en servidores de bases de datos por parte de UNE (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)
14 Gestión para la creación del proceso automático de ejecución de scripts (Clausula 4, numeral 1,3 y 4 del contrato 204)

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	8.000.000
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)** **8.000.000**

**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 CARDONA**
FIRMA:	
CARGO:	**SUBDIRECTOR DE INFORMACIÓN**

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. 240 de 2018****, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.*

CONTRATISTA:	**HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA**			**C.C. / C.E. No.:**	**82'391.201**	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	01/05/2018	**Hasta**	31/05/2018	**INFORME No.:**	**4**

1. **INFORMACIÓN CONTRATISTA**

2. **INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO**

Contrato N°	240	**Fecha de inicio**	01/02/2018	**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 la administración de las bases de datos misionales, analíticas y de apoyo, que son responsabilidad del área de la Subdirección de Información".***					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula* ***SEPTIMA*** *del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* ***OCHENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS ($88.000.000) MCTE****, precio correspondiente a 112.64 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2018 los cuales incluye IVA.*				***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de* ***VENTICUATRO MILLONES DE PESOS ($24'000.000) MCTE*** *los cuales incluye IVA.*	
SALDO DEL CONTRATO: ***SESENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS ($64.000.000) MCTE***				***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula* ***OCTAVA*** *del contrato, el plazo del mismo se pactó en* ***ONCE (11)*** *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 19 de* ***ENERO*** *de* ***2018*** *se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El 01 de* ***FEBRERO*** *de* ***2018*** *se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No.* ***240****.* • *Que se ejecutó, adicionó o prorrogó el contrato.*				

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: "****a) Once (11) pagos mensuales por valor de OCHO MILLONES DE PESOS ($8.000.000) M/CTE IVA incluido, previa constancia de recibo de satisfacción por parte del supervisor del contrato. Valores que serán pagados por la entidad previa entrega de los informes o entregables de acuerdo con las actuaciones realizadas por el contratista, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato y constancia de pago de los aportes correspondientes al sistema de seguridad social integral, los cuales deberán cumplir las previsiones legales. Para el mes de diciembre, además de los requisitos anteriores, se requerirá la presentación y aprobación del informe final de gestión y la entrega efectiva de los elementos físicos y documentos que se dispusieron por parte del ICFES para el desarrollo de las obligaciones contractuales. Las demoras en la presentación de los anteriores documentos, serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Los anteriores pagos, están sujetos a las fechas dispuestas por la Subdirección Financiera y Contable."***

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	26/02/2018	PAGO FEBRERO	***$ 8.000.000***
2	26/03/2018	PAGO MARZO	***$ 8.000.000***
3	25/04/2018	PAGO ABRIL	***$ 8.000.000***
4	DD/MM/AAAA		
5	DD/MM/AAAA		
6	DD/MM/AAAA		
7	DD/MM/AAAA		
8	DD/MM/AAAA		
9	DD/MM/AAAA		
10	DD/MM/AAAA		
11	DD/MM/AAAA		
	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	Gestión y seguimiento de depuración de objetos inválidos en base de datos MISIONAL producción	100%
2	Reunión de seguimiento de operaciones del proveedor UNE	100%
3	Gestión de copia de esquema tramites de base de datos MISIONAL producción para migración hacia base de datos MISIONAL pruebas	100%
4	Gestión y validación de espacio de almacenamiento para backups de la instancia MISIONAL producción	100%
5	Gestión para definición de procedimiento para proceso de ejecución de scripts, proceso automatizado	100%
6	Atención a solicitudes de ejecución de scripts por demanda	100%
7	Contrucción de guías de recuperación de bases de datos	100%
8	Validación de Informes y comunicados UNE	100%
9	Monitoreo de bases de datos	100%
10	Reunión de contrato para renovación de servicios con el proveedor UNE	100%
11	Acompañamiento en actividades de publicación para proceso SABER 11B	100%
12	Actualización de proceso de bases de datos H3P1 para auditoría	100%
13	Gestión y seguimiento a corrección de vulnerabilidades de seguridad en servidores de bases de datos por parte de UNE	100%
14	Gestión para la creación del proceso automático de ejecución de scripts (Clausula 4, numeral 1,3 y 4 del contrato 204)	100%
15		
16		

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

1	
2	
3	

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 mayo de 2018.**

Helman Darío Salazar Aldana
Elaboró

Carlos Cardona
Aprobó

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA
CC. No. 82'391.201 de Fusagasugá
Régimen Simplificado

LA SUMA DE: OCHO MILLONES DE PESOS ($8.000.000) MONEDA CORRIENTE.

Prestar sus servicios profesionales para apoyar el análisis y desarrollo de las bases de datos y dar soporte en las actividades de gestión de las bases de datos, realizar la calificación de las diferentes pruebas que se realicen y acompañar cada uno de los procesos de la subdirección de información que le sean delegados.

Favor consignar de la siguiente manera:

A la cuenta de ahorros: **029-01544-2 de ITAU**

Se anexan formatos de planillas de pago de Salud y Pensión según Planilla.

Cordialmente,

HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA
CC. No. 82'391.201 de Fusagasugá
BOGOTA, 25 de mayo de 2018

Bogotá D.C., 25 de mayo del 2018

Señores
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES
Subdirección Financiera y Contable
Bogotá D.C

Asunto: Solicitud disminuciones en la base de la retención en la fuente de la cuenta del mes de mayo 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 mayo, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,

Hellman Darío Salazar Aldana
C.C. 82'391.201

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	82391201	HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA		Cll 23C Bis Nro 88B 10 Int 2 Apto 401	3174413946	hedsal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD			2018/05/07	334804488	
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	I	07/05/2018	27378641	$964.100

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	400.000	0		0		0	4	1.300	0	401.300	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	800224808-8	512.000	0	0	16.000	16.000	4	1.700	200	545.900	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	16.800				16.800	4	100	16.900			168	16.900	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	400.000	401.300
Pensión	1	544.000	545.900
Riesgos Laborales	1	16.800	16.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	960.800	964.100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	82391201	HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA		Cll 23C Bis Nro 88B 10 Int 2 Apto 401	3174413946	hedsal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	I	07/05/2018	27378641	$964.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	82391201	SALAZAR ALDANA HELMAN DARIO	59	0			N																	230301	3.200.000	512.000	0	0	16.000	16.000	EPS005	3.200.000	400.000	14-28	3.200.000	1	16.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información