

Bogotá, D.C., 27 de Agosto de 2018

GENERALES



No. 20182000758162
Fecha Radicado: 2018-08-27 16:42:22
Anexos: 9 FOLIOS.



Señores
ICFES

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE



No. 20182000758152
Fecha Radicado: 2018-08-27 16:41:49
Anexos: 9 FOLIOS.



Ref.: Radicación cuenta de cobro Contrato No. **383 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 mí CONTRATO No. **383 del 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
- Copia comprobante de seguridad social y aportes parafiscales
- G3-FT004 Informe de ejecución contractual

Cordialmente,

Pedro Luis Hernández Rosado
C.C. 1.082.943.639 de Santa Marta.

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:

ago-2018

Contrato No:	383	Fecha de contrato:	17/08/2018	Nombre Contratista de:	Pedro Luis Hernandez Rosado
No. de factura o documento equivalente:	1	Contrato con adición (marque con una X)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	NIT / C.C contratista:	1.082.943.639
Comprobante de ingreso a almacén No:		Pago número:	1	Periodo a pagar:	DE: 17/08/2018 A: 31/08/2018

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/SERVICIOS RECIBIDOS* (con base en el contrato y la forma de pago allí definidas):

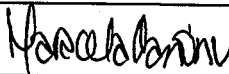
***Relacione los productos y/o servicios prestados durante el periodo certificado, o informe de actividades presentado al supervisor del contrato, no es necesario relacionar las obligaciones del contrato.**

- Actividad: Apoyo en asignación de radicados relacionados a la prueba Saber Pro y TyT 2018-2
Obligación: [2. Resolver o escalar, cuando sea necesario, los requerimientos o incidentes que llegan a través de la mesa de servicio, sistema de gestión documental ORFEO y/o correo electrónico, Registrando la gestión adelantada.]
- Actividad: generar reporte diario de la mesa de servicios y sistema de gestión documental ORFEO
Obligación: [3. Generar reportes que sean solicitados sobre temas relacionados con el aporte de requerimientos e incidentes asignados].

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

- 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.
- Que el contratista anexa evidencia de pago al sistema de seguridad social y parafiscales.
- 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	2.100.000
Tipo de moneda	Pesos colombianos	Total (valor a Pagar)
		2.100.000

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARCELA CAÑON VARGAS
FIRMA:	
CARGO:	SUBDIRECTORA DE DESARROLLO DE APLICACIONES



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

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	PEDRO LUIS HERNANDEZ ROSADO			C.C. / C.E. No.:	1.082.943.639	
PERÍODO DEL INFORME:	Desde	17/08/2018	Hasta	31/08/2018	INFORME No.:	1

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	383	Fecha de inicio	17/08/2018	Fecha de terminación	15/12/2018
Objeto del Contrato: De conformidad con la cláusula SEGUNDA, el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera: "Prestar los servicios profesionales como analista de operaciones de primer nivel, para dar soporte a los requerimientos e incidentes reportados sobre se5rvicios de TI del instituto".					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Conforme a la cláusula SEPTIMA del contrato, el valor del mismo fue por la suma de DIECISÉIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$16.800.000) MCTE , precio correspondiente a 59.8 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 CERO PESOS (\$0) M/CTE los cuales incluye IVA. ✓		
SALDO DEL CONTRATO: DIECISÉIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$16.800.000) MCTE , los cuales incluye IVA. ✓			PLAZO DE OBLIGACIÓN: De acuerdo a la cláusula DECIMA del contrato, se contara a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el 15 de diciembre del 2018.		
DESARROLLO DEL CONTRATO:	<p>El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> El 17 de AGOSTO de 2018 se suscribió el contrato entre las partes contratantes. El 24 de AGOSTO de 2018 se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No. 383. 				

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

FORMA DE PAGO:	<p><i>De conformidad con lo establecido por la cláusula OCTAVA del contrato, la forma de pago se indicó de la siguiente manera: "EL ICFES cancelará a EL CONTRATISTA el valor del contrato de la siguiente manera: a) un (1) primer pago por valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE (\$2.100.000) IVA incluido. B) tres pagos por valor de CUATRO MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$4.200.000) IVA incluido. C) último pago por DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE (\$2.100.000) IVA incluido.</i></p>
-----------------------	---

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. de factura o documento equivalente	Fecha de factura o documento equivalente	Concepto	Valor										
	DD/MM/AAAA		\$										
	DD/MM/AAAA		\$										
	DD/MM/AAAA		\$										
	DD/MM/AAAA		\$										
	DD/MM/AAAA		\$										
	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												
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Actividad: Apoyo en asignación de radicados relacionados a la prueba Saber Pro y TyT 2018-2 Obligación: [Resolver o escalar, cuando sea necesario, los requerimientos o incidentes que llegan a través de la mesa de servicio, sistema de gestión documental ORFEO y/o correo electrónico, Registrando la gestión adelantada.]	100%
2	Actividad: generar reporte diario de la mesa de servicios y sistema de gestión documental ORFEO Obligación: [Generar reportes que sean solicitados sobre temas relacionados con el aporte de requerimientos e incidentes asignados].	100%


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

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

6. CONSTANCIAS

El supervisor o interventor **Marcela Cañón Vargas** 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.


Marcela Cañón Vargas, 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,

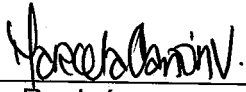
 GOBIERNO DE COLOMBIA	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: G3-FT004
		Versión: 2

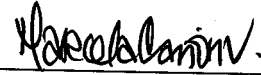
7. OBSERVACIONES

(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 **27 de Agosto de 2018.** ✓


Elaboró
Pedro Hernández
Contratista


Revisó
Marcela Cañón
Subdirectora de
Desarrollo de aplicaciones


Aprobó
Marcela Cañón
Subdirectora de
Desarrollo de aplicaciones

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

PEDRO LUIS HERNANDEZ ROSADO
CC. 1.082.943.639 de Santa Marta
Régimen Simplificado

LA SUMA DE: DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS (\$2.100.000) MONEDA CORRIENTE.

Prestar los servicios profesionales como analista de operaciones de primer nivel, para dar soporte a los requerimientos e incidentes reportados sobre servicios de TI del instituto.

Favor consignar de la siguiente manera:

A la cuenta de ahorros: **473170029895 de Davivienda**

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

Cordialmente,



PEDRO LUIS HERNANDEZ ROSADO
CC. 1.082.943.639 de Santa Marta
BOGOTA, 27 de agosto de 2018

Bogotá D.C., 27 de Agosto del 2018

Señores

Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES

Subdirección de Abastecimiento y Servicios Generales

Bogotá D.C


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

Cordialmente,


Pedro Luis Hernández Rosado
C.C. 1.082.943.639 de Santa Marta.

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCALES Y SALUD			
CC	1022943639	PEDRO LUIS HERNANDEZ ROSADO	carrera 123 # 181-80 villa maria	3002543700	ing.phz@gmail.com	SALUD			
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	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				
8	2018	8	2018	1	24/09/2018	29849795		\$115.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
EPS010	EPS Sura	80088702-2	49.000	0

TOTALES PENSIÓN				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
25-14	Colpensiones	90035904-7	62.800	0

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Afiliados
14-18	Lib'Seg'De Vida	867008645-7	2.100	1

TOTALES CAJAS				
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARA FISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
0	0	0	0

Licencia Maternidad		Incapacidades		Licencia Maternidad		Valor Mora		Valor Mora		Total a Pagar	
Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Cotización	Días Mora	Cotización	Días Mora	UPC	No. Afiliados
0		0		0		600	14	0	0	0	1

Aporte FSP - Subistencia		Aporte Voluntario Aportante		Aporte FSP - Subistencia		Valor Mora		Valor Mora		Total a Pagar	
Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Cotización	Días Mora	Cotización	Días Mora	FSP	No. Afiliados
0		0		0		700	14	0	0	0	1

Valor Neto		Aportes Otros		Valor Neto		Valor Mora		Valor Mora		Total a Pagar	
Cotización	Días Mora	Cotización	Días Mora	Cotización	Días Mora	Cotización	Días Mora	Cotización	Días Mora	Fondo	No. Afiliados
2.100	14	2.100	14	2.100	14	2.100	14	2.100	14	21	1

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	49.000	49.800
Pensión	1	62.800	63.500
Riesgos Laborales	1	2.100	2.200
CFE	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBE	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	113.900	115.300

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1082943639	PEDRO LUIS HERNANDEZ ROSADO	carera 123 # 181-90 villa maria
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO DEPARTAMENTO
ÚNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D. C.
			BOGOTÁ D. C.
			NO

PERIODO COTIZACIÓN				DATOS DE LA PLANILLA			
SALUD	DIFERENTE A SALUD	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (D/M/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR		
8	2018	8	2018	N	27/09/2018	29706626	\$131.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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					
EPS010	EPS Sura		800083702-2	56.000	0	0	0	0	17	800	0	56.800	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aportes Voluntario Afiliado	Aportes Voluntario Aportante	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones		9003396004-7	0	0	17	1.000	0	72.600	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 Seg. De Vida		860009645-7	2.300	2.300		2.300	17	100	2.400	23	23	23	2.400	1

TOTALES CALIAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporta	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
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, RP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	56.000	56.800
Pension	1	71.600	72.600
Riesgos Laborales	1	2.300	2.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	129.900	131.800



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

23/08/2018

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **PEDRO LUIS HERNANDEZ ROSADO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1082943639**.

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número **0570473170029895**
Fecha de apertura **30/11/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA