

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS
GENERALES



No. 20172001102992
Fecha Radicado: 2017-09-19 14:24:43
Anexos: 8 FOLIOS

icfesiv

Bogotá, D.C., 19 de **septiembre** de 2017

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE



No. 20172001103002
Fecha Radicado: 2017-09-19 14:26:13
Anexos: 9 FOLIOS

icfesiv

Señores

Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES

La ciudad

Ref.: Radicación cuenta de cobro Contrato No. 322 de 2017

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. 322 de 2017:

Grupo de documentos para la SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE:

- G3-FT004 Informe de ejecución contractual
- G3-FT001 - Certificación original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado .
- Cuenta de cobro
- Copia de la Certificación Bancaria
- Copia del Rut
- Carta para solicitud de deducciones.
- Copia comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales
- Copia del Registro Civil.

Cordialmente,

Jenny Paola Ortiz Reina

C.C. No. 53.932.234 de Fusagasugá



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:

19/09/2017

Contrato No:	322	Fecha de contrato:	24/04/2017	Nombre de Contratista	JENNY PAOLA ORTIZ REINA
No. de factura o documento equivalente:	6	Contrato con adición (marque con una X)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	NIT / C.C contratista:	53.932.234
Comprobante de ingreso a almacén No:		Pago número:	6	Periodo a pagar:	DE: 01/09/2017 A: 30/09/2017

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.**

- Realizar pruebas funcionales y análisis funcional en el proyecto GEMA- Desemapaque.
- Realizar pruebas funcionales y análisis funcional en la sección 359 proyecto Prisma - Delegado.

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
CCAT02	Subdirección Desarrollo de Aplicaciones	2.895.000
Tipo de moneda	Pesos colombianos	Total (valor a Pagar)
		2.895.000

*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:	Oscar Baquero Moreno
FIRMA:	
CARGO:	SUBDIRECTOR DE APLICACIONES

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

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	JENNY PAOLA ORTIZ REINA	C.C. / C.E. No.:	53932234
PERÍODO DEL INFORME:	Desde 01/09/2017	Hasta 30/09/2017	INFORME No.: 06

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	322	Fecha de inicio	24/04/2017	Fecha de terminación	31/12/2017
Objeto del Contrato: De conformidad con la cláusula SEGUNDA , el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera: "Prestar los servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados"					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Conforme a la cláusula SÉPTIMA del contrato, el valor del mismo fue por la suma de VEINTISÉIS MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS (26.055.000) M/CTE..			VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME: El valor ejecutado fue por la suma de DIECISIETE MILLONES TRESIENTOS SETENTA MIL PESOS (\$17.370.000) MCTE.		
SALDO DEL CONTRATO: OCHO MILLONES SEISIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS (\$8.685.000) M/CTE.			PLAZO DE EJECUCIÓN: De acuerdo a la cláusula OCTAVA del contrato, el plazo del mismo se pactó en NUEVE (9) 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 24 de ABRIL de 2017 se suscribió el contrato entre las partes contratantes. • El 25 de ABRIL de 2017 se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No. 322 • Que se ejecutó, adicionó o prorrogó el contrato. 				

3. INFORMACIÓN FINANCIERA



INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Código: G3-FT004

Versión: 1

FORMA DE PAGO: De conformidad con lo establecido por la cláusula **OCTAVA** del contrato, la forma de pago se indicó de la siguiente manera: "El **ICFES** pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato de la siguiente manera: a) Un primer pago por valor de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$2.895.000)**, IVA INCLUIDO contra entrega de: Pruebas funcionales Aplicativo móvil Sprint 02, y pruebas a Reportes de resultados Saber Pro; b) Ocho (08) pagos por valor de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$2.895.000)** 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										
1	25/04/2017	contra entrega de: Pruebas funcionales Aplicativo móvil Sprint 02, y pruebas a Reportes de resultados Saber Pro	\$ 2.895.000										
2	17/05/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$ 2.895.000										
3	15/06/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$ 2.895.000										
4	18/07/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$2.895.000										
5	22/08/2017	prestar servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.	\$2.895.000										
6	DD/MM/AAAA		\$										
7	DD/MM/AAAA		\$										
8	DD/MM/AAAA		\$										
9	DD/MM/AAAA		\$										
10	DD/MM/AAAA		\$										
11	DD/MM/AAAA		\$										
12	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	X	X	X	X	X						

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Realizar pruebas y análisis funcional del proyecto Gema - Desempaque.	100%



INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Código: G3-FT004

Versión: 1

2	Realizar pruebas y análisis funcional de la sección 359 del proyecto Prisma - Delegado.	100%
3		
4		

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

1	
2	

6. CONSTANCIAS

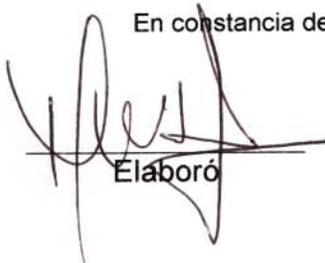
El supervisor o interventor Oscar Yovanny Baquero acreditó que el contrato se ejecutó en el porcentaje correspondiente a satisfacción, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones pactadas en el mismo, y no se le impusieron multas.

Oscar Yovanny Baquero, 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 (19) de (9) de (2017)


Elaboró


Revisó


Aprobó

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

JENNY PAOLA ORTIZ REINA
CC. No. 53.932.234 de Fusagasugá

LA SUMA DE: **DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE**
(\$2.895.000,00) MONEDA CORRIENTE.

Por prestar sus servicios técnicos como Analista de pruebas de los aplicativos de software que le sean asignados.

Favor consignar de la siguiente manera:

A. A la cuenta de ahorros: **699 176 720 16 del Banco Bancolombia**

Cordialmente.



JENNY PAOLA ORTIZ REINA
CC. No. 53.932.234 de Fusagasugá
BOGOTÁ, 19 de **septiembre** de 2017

Bogotá D.C., 19 de septiembre del 2017

Señores

Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES

Subdirección Financiera y Contable

Ciudad

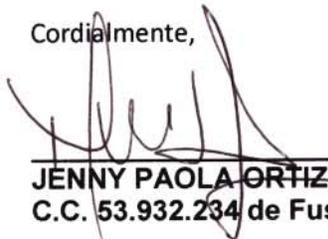
Asunto: Solicitud disminuciones en la base de la retención en la fuente de la cuenta del mes de **septiembre** de 2017.

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: KAROL ESTEFANY BALLEEN ORTIZ. Tarjeta de Identidad: 1 069 716 741.
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 **septiembre**, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,



JENNY PAOLA ORTIZ REINA
C.C. 53.932.234 de Fusagasugá

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	J	3	L					
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía														
REGISTRADURIA DE FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA*****														
Datos del inscrito														
Primero Apellido					Segundo Apellido									
BALLEN*****					ORTIZ*****									
Nombre(s)														
BALLEZ FORTALAN*****														
Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)			Grupo Sanguíneo		Factor RH						
Año	2	0	0	4	Mes	O	C	T	Día	2	4	FEMENINO*****	O*****	+*****
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA*****														
Datos de la madre														
Apellidos y nombres completos														
ORTIZ REINA JENNY PAOLA*****														
Documento de identificación (Clase y número)														
CEDULA DE CIUDADANIA 0053932234*****														
Nacionalidad														
COLOMBIA*****														
Datos del padre														
Apellidos y nombres completos														
BALLEN MORA JAHN ALEXIS*****														
Documento de identificación (Clase y número)														
CEDULA DE CIUDADANIA 0081740616*****														
Nacionalidad														
COLOMBIA*****														
Datos del declarante														
Apellidos y nombres completos														
BALLEN MORA JAHN ALEXIS*****														
Documento de identificación (Clase y número)														
CEDULA DE CIUDADANIA 0081740616*****														
Firma														
Jhan Alexis Ballen														
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					Nombre y firma del funcionario que autoriza									
Año	2	0	0	4	Mes	N	O	V	Día	0	5	CARLOS EDUARDO BUITRAGO CASAS****		
										Nombre y firma				
										Nombre y firma				
Reconocimiento paterno										Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento				
Firma										Nombre y firma				

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970.



CARLOS EDUARDO BUITRAGO CASAS
 Registrador del Estado Civil
 Fusagasugá (Cundinamarca)

370
 *



PERIODO COTIZACIÓN				DATOS DE LA PLANILLA			
SALUD		DIFERENTE A SALUD		TIPO PLANILLA		FECHA PAGO (DIAMENSAJO)	
MES	AÑO	MES	AÑO			NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
9	2017	9	2017	1		22139646	\$336.200

DATOS DEL APORTANTE				EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO		
CC	53932734	JENNY PAOLA ORTIZ RENA	DIAGONAL 15 A 99A-30 INT 21 APA 501	4223301	JENNY.ORTIZR@GMAIL.COM		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			
UNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				TOTALES PENSIÓN			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	144.800	230301	Porvenir	90224608-8	185.300
TOTALES SALUD			144.800	TOTALES PENSIÓN			185.300

TOTALES RIESGOS LABORALES				TOTALES CAJAS			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte
14-18	Liberty Seguros de Vida	960006545-7	6.100				
TOTALES RIESGOS LABORALES			6.100	TOTALES CAJAS			

TOTALES ADMINISTRADORAS REPORTADAS			
Código	Nombre	NIT	Valor Aporte
TOTALES ADMINISTRADORAS REPORTADAS			

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IOE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	144.800	144.800
Pensión	1	185.300	185.300
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.200	336.200