Bogotá, 01 de noviembre de 2022

Señores
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación – ICFES
ICFES

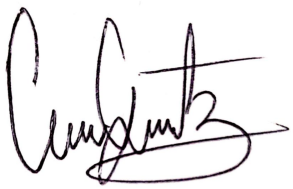
Asunto: Radicación cuenta de cobro del mes de octubre

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito adjuntar los documentos correspondientes a la cuenta de cobro del mes de octubre, acorde al contrato N°300 de 2022 bajo la supervisión del Coordinador Grupo Interno de Trabajo de Control de Procesos Productivos-Profesional Universitario Grado 2 de la Subdirección de Aplicación de Instrumentos

- Carta de la Subdirección Financiera y Contable
- GAB-FT035 Certificado de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien o servicio contratado
- Cuenta de cobro original.
- Carta para solicitud de deducciones y respectivos soportes.
- Pago de planilla de seguridad social, pensión y ARL.

Cordialmente,



Yuliet Camila Gutiérrez Riveros
CC. 1233488953

Información Pública

icfes	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO CONTRATADO**	**Código: GAB -FT035**
	GESTIÓN DE ABASTECIMIENTO	**Versión: 002**

Clasificación de la Información	X	PÚBLICA		CLASIFICADA		RESERVADA

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:**
	nov-2022

Contrato No:	300	**Fecha de contrato:**	**25/01/22**				**Nombre del contratista**	**YULIET CAMILA GUTIÉRREZ RIVEROS**	
No. de factura o documento equivalente:	10	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**		**NIT / C.C contratista:**	**1.233.488.953**	
Comprobante de ingreso a almacén No:	N/A	**Pago número:**	10				**Periodo a pagar:**	**DE:** 1/10/22	**A:** 31/10/22

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

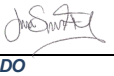
***Relacione los productos y/o servicios prestados durante el periodo certificado, o informe de actividades presentado al supervisor del contrato, no es necesario relacionar las obligaciones del contrato.**

1) Se asistió a comité de logística inversa para para la prueba Ascenso Patrulleros 2022-2.
2) Se apoyó en el seguimiento del cronograma de actividades de la prueba Ascenso Patrulleros 2022-2.
3) Se apoyó en el seguimiento del cronograma de actividades de transporte de la prueba Saber 11 calendario A.
4) Se apoyó en el seguimiento del cronograma de actividades de transporte de la prueba Saber Pro-Arquitectura y Saber 11 calendario A extemporánea.
5) Se realizó comunicados de valor declarado para la logística de transporte para las pruebas Saber Pro-Arquitectura y Saber 11 calendario A extemporánea.
6) Se realizó acta de comité de apertura para la prueba Saber Pro-Arquitectura y Saber 11 calendario A extemporánea.
7) Se apoyó en la elaboración y ajustes de los anexos técnicos de las pruebas de estado del siguiente año (Saber 11 calendario A y B, Saber Pro-Arquitectura 2023).
8) Se realizó seguimiento al cumplimiento de actividades a entregar para la prueba Saber 11 calendario A, Ascenso Patrulleros segundo semestre, Saber Pro-Arquitectura y Saber 11 calendario A extemporánea.
9) Se proyectó y emitió comunicado frente al proceso de transporte para las pruebas Saber 11 calendario A y Ascenso Patrulleros segundo semestre, acerca de la búsqueda de hojas de respuestas en contenedores y folios de registros de asistencia faltantes.
10) Se proyectó y emitió comunicación de requerimiento frente a novedades presentadas con la entrega anticipada del material de examen en sitio de aplicación para la prueba Saber 11 calendario A.
11) Se proyectó y emitió comunicación con concepto preliminar frente a la pérdida de la cadena de custodia de la prueba Saber 11 calendario A.
12) Se realizó y emitió comunicado de llegadas tarde en sitios de aplicación para la prueba Saber 11 calendario A y Ascenso Patrulleros segundo semestre.
13) Se realizó y emitió comunicado de requerimiento frente a los cambios de precintos que hubo durante la ejecución de actividades para la prueba Ascenso Patrulleros segundo semestre.
14) Se proyectó comunicado frente a las novedades encontradas en las bodegas regionales de la prueba Saber 11 calendario A.
15) Se asistió a reuniones para el seguimiento a los procesos de la prueba Ascenso Patrulleros y Saber 11 calendario A.
16) Se realizó auditorías e informe de monitoreo al proceso de logística inversa en las instalaciones del operador de impresión y lectura para la prueba Ascenso Patrulleros segundo semestre.
17) Se realizó la revisión del informe del delegado para la depuración de novedades frente al operador de distribución, para las pruebas Saber 11 calendario A y Ascenso Patrulleros segundo semestre.
18) Se asistió a reuniones informativas y de seguimiento con los operadores de distintos procesos para la prueba Saber 11 calendario A y Ascenso Patrulleros segundo semestre.
19) Se realizó seguimiento al proceso de transporte para las pruebas Saber 11 calendario A, Ascenso Patrulleros segundo semestre, Saber 11 calendario A extemporánea y Saber Pro-Arquitectura. Teniendo en cuenta la traza de comunicados proyectados y emitidos, así como la consolidación de soportes a estas comunicaciones con concepto preliminar de aplicación de ANS.

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	Nombre de C.C / Prueba / Proyecto de Evaluación	Monto a Pagar
CCMP04	**Subdirección de Aplicación de Instrumentos**	4.500.000
Tipo de moneda	**Pesos colombianos** / **Total (valor a Pagar)**	**4.500.000**

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**JAVIER ALEJANDRO SALAZAR BETANCOURT**		
FIRMA:			
CARGO:	**COORDINADOR GRUPO DE SOPORTE LOGÍSTICO Y LECTURA**		
VISTO BUENO (Si aplica) Nombre / Firma o Visto bueno	**Nombre: JHOAN SEBASTIAN FRANCO MORALES**	**Firma o Vo.Bo.:**	

Información Pública

Bogotá D.C., 01 de noviembre de 2022

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACION DE LA EDUCACION – ICFES

DEBE A:

YULIET CAMILA GUTIÉRREZ RIVEROS

C.C. 1.233.488.953 de Bogotá D.C.

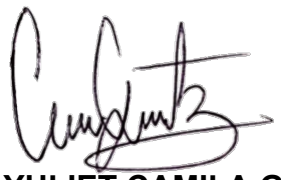
LA SUMA DE: ***CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000) MCTE.***

Por concepto de *"Prestar servicios profesionales para apoyo en las actividades de supervisión en el marco de los contratos para la prestación de servicios de impresión, transporte, lectura y kits de aplicación del material de examen de las pruebas aplicadas por el Icfes, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el instituto en su sistema de gestión de calidad"*

Favor consignar el monto total del pago, en la siguiente cuenta:

- Banco Davivienda
- Cuenta de ahorros: 406070159800

De conformidad con el decreto 2271 del 18/06/2009 y el articulo 126-1 del Estatuto Tributario (Modificado L. 488/98, art. 4°), me permito solicitar la reducción de las bases de la retención correspondiente a los pagos obligatorios al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones, valor que se debe aplicar a la cuenta adjunta, en ejecución del **Contrato No. 300 de fecha (27/01/2022),** celebrado con el ICFES y para tal fin certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponden a los ingresos provenientes del Contrato.



YULIET CAMILA GUTIÉRREZ RIVEROS
C.C. 1.233.488.953 de Bogotá D.C

Bogotá D.C., 1 de noviembre de 2022

Señores
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES
Subdirección Financiera y Contable
Ciudad

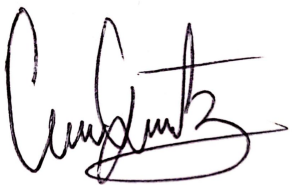
Asunto: Solicitud disminuciones en la base de la retención en la fuente de la cuenta del mes de octubre.

De acuerdo con 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 de **octubre**, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,



YULIET CAMILA GUTIÉRREZ RIVEROS
CC. 1233488953

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1233488953
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YULIET CAMILA GUTIERREZ RIVEROS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRANSVERSAL 39B 4 96	TELÉFONO:	8871213
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de administración
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7853335561**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	octubre
	AÑO:	2022		AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/10/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1726812467

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 288.000
SUBTOTAL:			1	**$ 288.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 225.000
SUBTOTAL:			1	**$ 225.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 9.400
SUBTOTAL:			1	**$ 9.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 522.400**