

Bogotá D.C., 08 de agosto de 2025

Señores

SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

ICFES

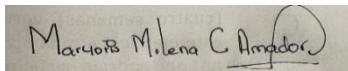
Asunto: Radicación de cuenta de cobro, informe de actividades y demás soportes requeridos para el trámite de pago N°1 del Contrato ICFES-522-2025.

Cordial saludo,

Con el objetivo de tramitar el pago N°1 del contrato ICFES-522-2025, anexo a la presente los documentos correspondientes al periodo comprendido entre el 13 de Junio y el 30 de junio de 2025, así:


- Certificado original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado
- Original de la cuenta de cobro.
- Carta solicitud disminución de retención en la fuente.
- Planilla de aportes a seguridad social y aportes parafiscales.
- Informe de Ejecución Contractual
- Certificación bancaria

Cordialmente,



Maryoris Milena Cañate Amador

CPS N° ICFES-522-2025

 Icfes	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO CONTRATADO	Código: GAB -FT035
	GESTIÓN DE ABASTECIMIENTO	Versión: 004

Clasificación de la Información <input checked="" type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> CLASIFICADA <input type="checkbox"/> 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: jul-2025
---	--

Contrato No: 522	Fecha de contrato: 13/06/2025	Nombre del contratista: MARYORIS MILENA CAÑATE AMADOR
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: 1.045.685.538
Comprobante de ingreso a almacén No: N/A	Pago número: 1	Periodo a pagar: DE: 13/06/2025 A: 30/06/2025

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.

Durante el desarrollo de mis funciones administrativas en ICFES Colombia, llevé a cabo un proceso integral de investigación, diseño y aplicación de herramientas digitales alineadas con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, con el propósito de garantizar la protección de los datos personales de los usuarios externos que acceden a nuestros servicios, especialmente en el contexto educativo.


Las acciones realizadas incluyeron:

- 1. Revisión normativa:**
 Se analizaron los principios rectores de la Ley de Protección de Datos (legalidad, finalidad, libertad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad), así como las obligaciones del responsable y encargado del tratamiento.
- 2. Diseño de formato digital:**
 Se estructuró un formato de recolección y autorización de datos personales a través de Google Forms (Google Chrome), con validaciones y campos obligatorios que permiten informar de forma clara a los usuarios sobre:
 - Finalidad del tratamiento
 - Responsable del tratamiento (ICFES)
 - Derechos de los titulares
 - Canales de contacto para ejercer los derechos de habeas data
- 3. Adaptación institucional:**
 El formato fue adaptado para su uso en las diferentes entidades educativas públicas y privadas en las que ICFES presta servicios, garantizando que cada institución cuente con una herramienta segura, legalmente válida y de fácil comprensión para sus usuarios.

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.
- Que la información documental correspondiente al pago del mes anterior se encuentra cargada y aprobada en la plataforma Secop II.

Código	Nombre de C.C / Prueba / Proyecto de Evaluación	Monto a Pagar
CCMP04	Subdirección de Aplicación de Instrumentos	\$ 2.346.600
#N/D		
#N/D		
#N/D		
Tipo de moneda	Pesos colombianos	Total (valor a Pagar) \$ 2.346.600

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	Jorge Mario Guzman Cano	
FIRMA:		
CARGO:	Subdirector de aplicación de instrumentos	
VISTO BUENO (Si aplica) Nombre / Firma o Visto bueno	Nombre:	Firma o Vo.Bo.:

Bogotá D.C., 08 de Agosto de 2025

**EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACION DE LA EDUCACION –
ICFES**

DEBE A:

**MARYORIS MILENA CAÑATE AMADOR
C.C. 1.045.685.538 de Barranquilla**

LA SUMA DE: DOS MILLONES TRECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS
(\$2.346.600) MCTE.

Prestación de servicios de apoyo en la aplicación de los procedimientos de inscripción y mecanismos de asistencia en sitio, que garanticen el acceso equitativo a examinandos con necesidades especiales, en el marco de los protocolos diferenciales para la aplicación de las pruebas que realiza el Icfes en el mes de junio de 2025.

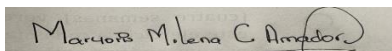
Solicito consignar el monto total del pago a la cuenta:

- Banco: Caja Social
- Tipo de Cuenta: Cuenta de ahorros
- Número de cuenta:24128282078

Informo bajo la gravedad del juramento que no me acogeré a la deducción de costos y gastos en mi declaración de renta del año 2025, para el cumplimiento de la actividad.

De conformidad con el decreto 2271 del 18/06/2009 y el artículo 126-1 del Estatuto Tributario (Modificado L. 488/98, art. 4º), 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. ICFES-522-2025 de fecha (13/06/2025), 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.

Atentamente,



Maryoris Milena Cañate Amador

CPS N° ICFES-522-2025

Información Pública Clasificada

Bogotá D.C. 08 de agosto de 2025

Señores

Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación - Icfes

Bogotá D.C.

Para cumplir con las disposiciones de la Ley 1819 de 2016 y la Ley 2277 de 2022 yo **MARYORIS MILENA CAÑATE AMADOR**, con documento de identidad No. 1.045.685.538 de Barranquilla manifiesto bajo la gravedad de Juramento que:

MARQUE CON UNA X EN EL SIGUIENTE FORMULARIO:

1. Responsable de IVA:

SI	NO X
----	------

2. Hago parte del Régimen Simple de Tributación:

SI	NO X
----	------

3. Mis ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior (2024), son iguales o superiores a mil cuatrocientos (1.400) UVT (Valor UVT año 2024 es \$47.065) o \$65.891.000

SI	NO X
----	------

4. Soy declarante del Impuesto de Renta:

SI X	NO
------	----

5. Para efectos de disminuir la base gravable a la que se le aplicará la Retención en la Fuente, certifico la siguiente información y anexo los respectivos soportes según aplique: (Marque con una X los soportes entregados)

<input type="checkbox"/>	Registro civil para hijos menores de edad o si son mayores de edad hasta los 23 años siempre y cuando se encuentren cursando estudios superiores (anexar certificado de estudios de la Universidad), Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
--------------------------	--

Información Pública Clasificada

	Certificación de medicina prepagada, planes complementarios año gravable 2024 Soporte de los pagos efectuados por concepto de seguros de salud correspondiente al año gravable 2024
	Certificado Tributario de crédito hipotecario año gravable 2024.
	Certificación suscrita por Contador Público en caso de tener dependientes diferentes a los hijos para la vigencia 2024, anexando fotocopia de la cédula del contador y tarjeta profesional
	Pensionada/o

6. Solicitud deducciones del artículo 387 del Estatuto Tributario y Artículo 2 del Decreto 0099 de 2013; por concepto de dependientes del 10% hasta un máximo de 32 UVT, así: Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario y modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por dependientes de acuerdo con la siguiente relación de conformidad con el parágrafo 4to del Decreto 0099 de 2013, así:

Tipo Documento	Número Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

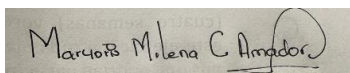
Condición	Marque(X)
1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	
2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	
3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	
4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, y,	
5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	

Nota: En el caso de presentar novedades en el transcurso del contrato favor informar y anexar copia respectiva; con el fin de disminuir la base de retención en la fuente.

Declaro que la información contenida en este documento es suficiente para aplicar la retención del caso y no haré reclamaciones posteriores por información o soportes que no haya anexado con este documento.

Esta declaración la hago en el mes de agosto de 2025, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra-juicio) del Decreto 19 de 2012, para que surta los efectos legales.

Agradezco su atención.

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature reads "Maryoris Milena Cañate Amador" in a cursive script.

Firma

Nombre: Maryoris Milena Cañate Amador

Documento de Identificación: 1.045.685.538

Dirección: calle 112 -43-123

Correo Electrónico: maryorisamador1@gmail.com

Teléfono: 3004339171



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MARYORIS MILENA CANATE AMADOR Identificado con CC 1045685538

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina ALTO PRADO, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24128282078
Fecha de apertura:	9 de Noviembre de 2023
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 27 de Mayo de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1045685538		CAÑATE AMADOR MARYORIS MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 112 43 123	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3037908	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1600862758	9488302440	N	2025/07/09	2025/07/03	NEQUI	0	\$24,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$84,540	\$13,500			\$84,540	\$10,600			\$0	\$0			\$84,540	\$400		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$84,540	\$13,500			\$84,540	\$10,600			\$0	\$0			\$84,540	\$400		\$0	\$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$84,540	\$13,500			\$84,540	\$10,600			\$0	\$0			\$84,540	\$400		\$0	\$0
1	CC	1045685538	CAÑATE MARYORIS	230201	18	(\$854,100)	(\$136,700)	EPS005	18	(\$854,100)	(\$106,800)	0	\$0	\$0	14-7	18	(\$854,100)	(\$4,500)	0	\$0	\$0
2	CC	1045685538	CAÑATE MARYORIS	230201	18	\$938,640	\$150,200	EPS005	18	\$938,640	\$117,400	0	\$0	\$0	14-7	18	\$938,640	\$4,900	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$84,540	\$13,500			\$84,540	\$10,600			\$0	\$0			\$84,540	\$400		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1045685538		CAÑATE AMADOR MARYORIS MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 112 43 123	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3037908	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1600862758	9488302440	N	2025/07/09	2025/07/03	NEQUI	0	\$24,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$13,500	\$0	\$0	\$13,500	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$13,500	\$0	\$0	\$13,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$400	\$0	\$0	\$400	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$400	\$0	\$0	\$400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,600	\$0	\$0	\$10,600	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$10,600	\$0	\$0	\$10,600	
TOTAL				1	\$24,500	\$0	\$0	\$24,500	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1045685538		CAÑATE AMADOR MARYORIS MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 112 43 123	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3037908	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1599937011	9488193030	I	2025/07/09	2025/07/03	NEQUI	0	\$248,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$854,100	\$136,700			\$854,100	\$106,800			\$0	\$0			\$854,100	\$4,500		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$854,100	\$136,700			\$854,100	\$106,800			\$0	\$0			\$854,100	\$4,500		\$0	\$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$854,100	\$136,700			\$854,100	\$106,800			\$0	\$0			\$854,100	\$4,500		\$0	\$0
1	CC 1045685538	CAÑATE MARYORIS	230201	18	\$854,100	\$136,700	EPS005	18	\$854,100	\$106,800		0	\$0	\$0	14-7	18	\$854,100	\$4,500	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$854,100	\$136,700			\$854,100	\$106,800			\$0	\$0			\$854,100	\$4,500		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1045685538		CAÑATE AMADOR MARYORIS MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 112 43 123	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3037908	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1599937011	9488193030	I	2025/07/09	2025/07/03	NEQUI	0	\$248,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$136,700	\$0	\$0	\$136,700	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$136,700	\$0	\$0	\$136,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,500	\$0	\$0	\$4,500	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$4,500	\$0	\$0	\$4,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$106,800	\$0	\$0	\$106,800	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$106,800	\$0	\$0	\$106,800	
TOTAL				1	\$248,000	\$0	\$0	\$248,000	