

Bogotá D.C., 08 de Agosto de 2025

Señores

**SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE**

ICFES

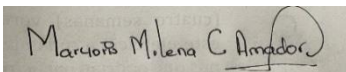
**Asunto:** Radicación de cuenta de cobro, informe de actividades y demás soportes requeridos para el trámite de pago N°02 del Contrato ICFES-522-2025.

Cordial saludo,

Con el objetivo de tramitar el pago N°2 del contrato ICFES-522-2025, anexo a la presente los documentos correspondientes al periodo comprendido entre el 01 de Julio y el 30 de julio de 2025, así:


- Certificado original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado
- Original de la cuenta de cobro.
- Planilla de aportes a seguridad social y aportes parafiscales.
- Informe de Ejecución Contractual

Cordialmente,



**Maryoris Milena Cañate Amador**

CPS N° ICFES-522-2025

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

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: <b>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).</b>	<b>Fecha de certificación:</b> ago-2025
--	--

<b>Contrato No:</b> 522	<b>Fecha de contrato:</b> 13/06/2025	<b>Nombre del contratista:</b> MARYORIS MILENA CAÑATE AMADOR
<b>No. de factura o documento equivalente:</b> 2	<b>Contrato con adición (marque con una X)</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	<b>NIT / C.C contratista:</b> 1.045.685.538
<b>Comprobante de ingreso a almacén No:</b> N/A	<b>Pago número:</b> 2	<b>Periodo a pagar:</b> DE: 1/07/2025 A: 30/07/2025

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.


Me encuentro actualmente realizando el desarrollo de un nuevo formulario institucional para la gestión del hábeas data de los usuarios del ICFCES. Esta herramienta está siendo diseñada bajo los lineamientos de la normatividad vigente en protección de datos personales, con el fin de garantizar el adecuado tratamiento, seguridad y confidencialidad de la información suministrada por los titulares.

El trabajo en curso busca asegurar que el formulario cumpla con criterios de claridad, accesibilidad y pertinencia, facilitando la actualización y manejo responsable de los datos conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios.

**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.
4. 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	\$ 3.911.000
#N/D		
#N/D		
#N/D		
<b>Tipo de moneda</b>	<b>Pesos colombianos</b>	<b>Total (valor a Pagar)</b> \$ 3.911.000

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	Jorge Mario Guzman Cano	
<b>FIRMA:</b>		
<b>CARGO:</b>	Subdirector de aplicación de instrumentos	
<b>VISTO BUENO (Si aplica)</b> 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: TRES MILLONES NOVECIENTOS ONCE MIL PESOS (\$3.911.000) 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 julio de 2025.

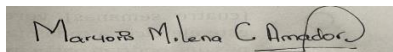
Solicito consignar el monto total del pago a la cuenta:

- 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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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
2025-07	2025-07	1658154910	9489438956	I	2025/08/12	2025/07/28	NEQUI	0	\$454,200

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
1	CC 1045685538	CAÑATE AMADOR MARYORIS MILENA	230201	30	\$1,564,400	\$250,400	EPS005	30	\$1,564,400	\$195,600		0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,564,400	\$8,200	0	\$0	\$0
<b>Total</b>		<b>Afiliados( 1)</b>			<b>\$1,564,400</b>	<b>\$250,400</b>			<b>\$1,564,400</b>	<b>\$195,600</b>			<b>\$0</b>	<b>\$0</b>			<b>\$1,564,400</b>	<b>\$8,200</b>		<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$250,400	\$0	\$0	\$250,400	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$250,400	\$0	\$0	\$250,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,200	\$0	\$0	\$8,200	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$8,200	\$0	\$0	\$8,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$195,600	\$0	\$0	\$195,600	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$195,600	\$0	\$0	\$195,600	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$454,200</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$454,200</b>	