MINEDUCACIÓN

Certificado de Trámite de Pago
(Prestación de Servicios)

CONTRATO N°	765077
FECHA DEL RP	25 - ene - 2018
FECHA FINAL	00 - ene - 1900

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL
N° DE RADICADO

1

CC O NIT - CONTRATISTA	DV	NOMBRE - CONTRATISTA	EMAIL INSTITUCIONAL
80.769.796	0	JUAN GABRIEL PARRA AGUDELO	agudelo1984@hotmail.com

TELÉFONO DE CONTACTO	EXT.	EMAIL PERSONAL
3133506496	4504	agudelo1984@hotmail.com

ENTIDAD FINANCIERA	N° DE CUENTA BANCARIA	TIPO DE CUENTA
BANCO DAVIVIENDA S.A.	550488401208381	AHORROS

2

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER JURIDICO Y TECNICO A LA SUBDIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO EN TEMAS RELACIONADOS CON EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, PENSIONALES (CUOTAS PARTES), BONOS PENSIONALES, RELIQUIDACIONES PENSIONALES Y DEMÁS QUE SURJAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO; ASÍ COMO TAMBIÉN EN LOS TRÁMITES PENSIONALES DE LOS SERVIDORES DEL MINISTERIO

VALOR INICIAL CONTRATO	ADICIONES AL CONTRATO	REDUCCIONES AL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	% AVANCE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO
$ 69.000.000,00	$ -	$ -	$ 69.000.000,00	8,70%

VALOR TOTAL GIRADO	VALOR CAUSADO NO PAGADO	VALOR EJECUTADO	VALOR DISPONIBLE POR PAGAR
$ 3.000.000,00	$ 3.000.000,00	$ 6.000.000,00	$ 63.000.000,00

UNIDAD EJECUTORA (PCI)	N° REGISTRO PRESUPUESTAL	RUBRO PRESUPUESTAL	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
22-01-01	76819	A-02-02-02-008	A-02-02-02-008-003-01-9	$ 3.000.000,00
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	$ -

3

PAGO N°	FACTURA / DOC EQUIVALENTE N°	FECHA	VALOR (SIN IVA)	IVA	VALOR A PAGAR
1	1	miércoles, 31 de enero de 2018	$ 3.000.000,00	$ -	$ 3.000.000,00

4

N° PLANILLA SGSS	8488170373	$ SALUD	$ 150.000,00	Aporte Voluntario a Pensiones	N° Doc Soporte: Sin Aporte	→	Valor $: $ -
PERIODO DE APORTE	Diciembre	$ ARL	$ 192.000,00				
FECHA DE PAGO	lunes, 29 de enero de 2018	$ PENSION	$ -	Aporte AFC ó AVC	N° Doc Soporte: Sin Aporte	→	Valor $: $ -

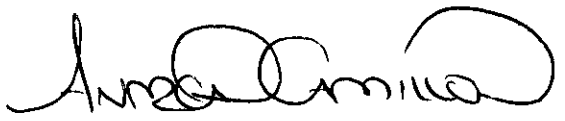
5

EN CALIDAD DE SUPERVISOR / INTERVENTOR DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS AQUI RELACIONADO, CERTIFICO QUE EL PROVEEDOR DEL SERVICIO CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN LAS ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO Y CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES NECESARIOS PARA AUTORIZAR EL PAGO.

PARA CONSTANCIA FIRMO EL DÍA: miércoles, 31 de enero de 2018

SUPERVISOR / INTERVENTOR	ANDREA MARGARITA CASTILLO MARTINEZ
CC o NIT	52.198.589 DV
CARGO	COORDINADORA CERTIFICACIONES
DEPENDENCIA (ÁREA)	SUBDIRECCION DE TALENTO HUMANO
EMAIL SUPERVISOR	amcastillo@mineducacion.gov.co
EMAIL LIDER FINANCIERO AREA	aroa@mineducacion.gov.co

ESPACIO PARA LA FIRMA DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR



DOCUMENTO EQUIVALENTE N° **1**

FECHA **miércoles, 31 de enero de 2018**

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

NIT 899.999.001-7

DEBE A:

Nombre Completo: **JUAN GABRIEL PARRA AGUDELO**

CC o NIT **80.769.796** DV **0**

LA SUMA DE: **$ 3.000.000,00**

VALOR EN LETRAS **TRES MILLONES DE PESOS M/CTE**

CONTRATO N° **765077** AÑO CONTRATO **2019**

POR CONCEPTO DE: **PAGO No. 1 ENERO DE 2019**

FIRMA



Ley 1819 de 2016 *"Por medio de la cual se adopta una reforma tributaria estructural, se fortalecen los mecanismos para la lucha contra la evasión y la elusión fiscal, y se dictan otras disposiciones"*

CERTIFICACIÓN

Señores: *Ministerio de Educación Nacional*

En cumplimiento de la ley 1819 de 2016 y para efectos de la depuración de la base para el cálculo de la retención en la fuente, bajo la gravedad de juramento certifico que:

1. INFORMACIÓN GENERAL

CONTRATO **Numero #** **765077** **De** **2019**

Contratista (Nombre completo)	**JUAN GABRIEL PARRA AGUDELO**		
Identificación (NIT, CC, etc)	**80769796**	**DV**	

2. RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

a) Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior:	**NO**
b) Soy responsable de impuesto a las ventas (IVA) (Sí o No)	**NO**
c) Actividad económica tributaria para impuestos distritales (de acuerdo con el Registro Información Tributaria RIT) **69102_Actividades jurídicas en el ejercicio de una profesión liberal**	
d) Ley 1819 de 2016, artículo 17° Parágrafo 2. "La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad."	¿Contraté más de dos personas? **NO**
e) Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior así	Registre aquí. **%**

3. DEPURACIÓN DE LA BASE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

Los aportes obligatorios y voluntarios establecidos por las normas vigentes que presento mensualmente son:

Aportes en Seguridad Social

Tipo	Si / No	Entidad SSGF
Aportes – Salud	**SI**	8600669427_Compensar Entidad Promotora de Salud
Aportes - Pensión	**SI**	9003360047_Colpensiones Administradora Colombiana de Pensiones
Aportes – ARL	**SI**	8600111536_Positiva Compañía de Seguros
Aportes – Caja de Compensación	**SI**	Elija un elemento.

Soportes

Mensualmente presento la copia del pago de la planilla por el pago obligatorio al Sistema de Seguridad Social, en cumplimiento del decreto 1273 de 2018; y mis aportes son derivados del ingreso facturado o cobrado mediante la presentación del documento equivalente y en ejecución del contrato referido en la 1a sección de la presente certificación

Beneficios Tributarios

Tipo	Si / No	Soportes
Intereses de Vivienda	**NO**	*Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.* *Para fines del beneficio tributario del 50% o 100% del valor del deducible por concepto de INTERESES SOBRE PRESTAMOS PARA ADQUISICION DE VIVIENDA, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8°, solicito que la deducción sea del siguiente (%) porcentaje: Elija un elemento. %*
Medicina Prepagada	**NO**	*Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.*
Aportes en cuentas AFC	**NO**	*Aportes Voluntarios - AFC: mensualmente anexo copia de la consignación o transferencia electrónica.*
Aportes en Pensiones Voluntarias	**NO**	*Aportes Voluntarios - Pensiones: mensualmente anexo copia de la consignación o transferencia electrónica.*

Ley 1819 de 2016 *"Por medio de la cual se adopta una reforma tributaria estructural, se fortalecen los mecanismos para la lucha contra la evasión y la elusión fiscal, y se dictan otras disposiciones"*

CERTIFICACIÓN

Tipo	Si / No	Soportes
Dependientes	**NO**	*a) Para hijos menores de 18 años, anexa copia del registro civil.* *b) Para hijos con edades entre los 18 y 23 años, anexar copia de la certificación semestral del pago de la matrícula expedida por la respectiva entidad educativa.* *c) Para Hijos mayores de 23 años y/ o cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud.* *d) Para Cónyuge o compañero (a) permanente y/ o padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, anexar Certificación anual de Contador Público.*

Relación de Dependientes

Nombre y apellidos (completos)	
ID (CC, TI, etc.)	
Fecha de Nacimiento	*Seleccione la fecha*
Calidad del Dependiente	

4. Firma e información de Contacto

Firma

CC / NIT. : 80769776

Dirección	**CRA 70 · 22-75 MZ C INTERIR 12 APTO 102**
Teléfono | Celular	**3133506496**
Correo Personal	**agudelo1984@hotmail.com**
Correo Institucional	**agudelo1984@hotmail.com**

Original: Subdirección de Gestión Financiera – Central de Cuentas
Copia: Subdirección de Contratación – Carpeta del contrato