Bogotá D.C., 2 de mayo de 2018

ADR 20186100005354
Asunto: CUENTA DE COBRO PARA EL TRAMITE CORRE
Fecha Rad.: 2018-05-03 12:13:26 Usuario Rad.: OMERC
Dependencia: DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIE
Anexos: FOLIO 1 ANEXOS 4

Señores:
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
Secretaría General
Agencia de Desarrollo Rural
Ciudad

Asunto: Radicación de documentos para el trámite de pago del Contrato 461 de 2018

Con el fin de realizar el trámite de pago hago entrega de los siguientes documentos, de acuerdo con el concepto de pago: Pago correspondiente al mes de abril de 2018 del 01 al 30 de abril.

N°	DOCUMENTOS	PRESTACIÓN SERVICIOS / CONSULTORÍA	OBRA	SUMINISTRO	OTROS
1	Certificación de Recibido a satisfacción parcial de bienes y/o servicios (Original)				
2	Cuenta de Cobro (Original)				
3	Factura (Original)				
4	Declaración Juramentada Depuración de la base del calculo de Retención (Original - Persona Natural)				
5	Planilla de pago Aportes Seguridad Social del período a cobrar (Persona Natural)				
6	Certificación Aportes Parafiscales (Persona Jurídica)				
7	Acta de Obra (Copia)				
8	Comprobante Entrada de Bienes al Almacén				
9	Certificación de recibido a satisfacción final de bienes y/o servicios (Original)				
10	Resolución (Copia)				
11	Paz y Salvo para contratistas a la finalización del Contrato (Original)				
12	Certificado y/o soporte del pago FIC				
13	Solicitud Liberación de Recursos y/o Constitución de Reserva (Original)				
14	Otros ¿Cuáles?: _____				
	TOTAL FOLIOS	4			

Atentamente,

03 MAY 2018
3:20 PM

ADR Agencia de Desarrollo Rural ¡Creciendo progreso!	CERTIFICACIÓN DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN PARCIAL DE BIENES Y/O SERVICIOS	
Código: F-FIN-004	Versión: 2	Página 1 de 1

ASPECTOS GENERALES Y EJECUCIÓN

Contrato de Prestación de Servicios	**461**	de	**2018**	
Nombre del contratista	**carlos alfonso araujo castro**			
Dirección:	carrera 3B 65-50 ap 303	Teléfono:	3153306831	
Cédula	**77.031.578**	Correo electrónico:	carlosalfonsoaraujo@hotmail.com	
	hernando enrique santos iriarte			
Dependencia:	Secretaria General	No. Extensión o teléfono:	1569	
Objeto:	Prestar sus servicios profesionales a la Secretaria General y las areas que la conforman, en los asuntos jurídicos y normativos que se relacionan con la asistencia al presidente de la Agencia de Desarrollo Rural en la determinación de las politicas, objetivos y estrategias relacionadas con celebración y ejecución del presente contrato.			
Fecha de inicio:	**29 de enero de 2018**	Fecha terminación:	**31 de diciembre de 2018**	
Valor inicial del contrato:			**$ 97.393.000,00**	
Adición:			**$ 0,00**	
Valor total:			**$ 97.393.000,00**	
Valor pago mensual o como se haya pactado:			**$ 8.670.000,00**	
Prórroga (días):			**0**	
Suspensión (días):			**0**	
Terminación anticipada:				
Cesión:			$ 0,00	
Cedente/Cesionaria:			0	
Concepto del pago:	Pago correspondiente al mes de abril de 2018 del 01 al 30 de abril.			
Valor a pagar:		**$ 8.670.000,00**		

Código	Actividad	%	RP	Valor
A-1-0-2-14 Rec,10	**remuneracion servicios tecnicos**	100,00%	54018	**$ 8.670.000,00**
#N/A	**0**	0,00%	0	**$ 0,00**
#N/A	**0**	0,00%	0	**$ 0,00**
#N/A	**0**	0,00%	0	**$ 0,00**
#N/A	**0**	0,00%	0	**$ 0,00**
#N/A	**0**	0,00%	0	**$ 0,00**
#N/A	**0**	0,00%	0	**$ 0,00**
#N/A	**0**	0,00%	0	**$ 0,00**

CONCEPTO SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

Persona Natural:

El / La contratista, carlos alfonso araujo castro, cumplió con las obligaciones contraídas en el Contrato de Prestación de Servicios N° 461 de 2018, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período señalado en el concepto del pago. Así mismo, en calidad de supervisor y/o interventor certifico que he recibido y aceptado el informe junto con los documentos requeridos para el trámite de pago en SECOP II(En los casos que aplica). Por lo anterior, se autoriza pagar a el/la contratista la suma de $8670000

Persona Jurídica:

El (los) suscrito(s) supervisor(es) o interventor(es) del contrato CERTIFICA(N) que: El contratista _____ cumplió a satisfacción con el objeto y las obligaciones establecidas en el/la _____ N° _____ de ____, y de acuerdo con el concepto de pago se autoriza pagar la(s) factura(s) relacionadas (_____), por valor de $_____ cuyo valor se ajusta a las condiciones acordadas en el respectivo contrato. Certifico en calidad de supervisor y/o interventor que he recibido y aceptado el informe junto con los documentos requeridos para el trámite de pago en SECOP II (En los casos que aplica). Así mismo, el contrato cuenta con garantías contractuales aprobadas y vigentes (en los casos que aplica).

Observaciones:

FIRMA RESPONSABLE(S)

la presente certificacion se firme el 07 de mayo de 2018

Supervisor / Interventor
HERNANDO ENRIQUE SANTOS IRIARTE

Carlos Alfonso Araujo Castro

NIT. 77.031.578-8

FACTURA DE VENTA

Nº 204

RÉGIMEN COMÚN

RESOLUCIÓN DIAN NO. 18762002549291 DEL 2017/09/18 HABILITA NUMERACIÓN DEL 201 AL 230 POR UNA VIGENCIA DE 24 MESES

CRA. 3 B No. 65-50 APTO. 303• BOGOTÁ, D.C.

SEÑORES: Agencia de Desarrollo Rural

DIRECCIÓN Calle 43 # 57-41 TELÉFONO: 3830444

NIT.: 900.948.958-4 CIUDAD Y FECHA: bogota 2/5/18

CONCEPTO	TOTAL
Pago honorarios mes de abril de 2018 Contrato 461.	

OBSERVACIONES

NOTA : La presente factura de venta se asimila a una letra de cambio para sus efectos legales, según artículo 774 del Código de Comercio

SUB-TOTAL		$ 7.285.714
I.V.A.	%	$ 1.384.286
TOTAL		$ 8.670.000

Carlos Alfonso Araujo Castro

ACEPTADA CLIENTE C.C. O NIT.

IMPRESO POR JORGE E. RAMÍREZ - NIT. 79.390.245-7 - CEL.: 321 668 5963

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	CARLOS ALFONSO ARAUJO CASTRO	**Nit:**	77031578
Tipo planilla:	N	**Periodo liquidación Pensiones**	Abril 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Abril 2018
Número de radicación:	27423135	**Total a pagar:**	$15,500
Fecha de vencimiento:	18/04/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	07/05/2018	**Número de administradoras:**	1

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número de aprobación:**	335319469
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0.00	$15,500
						$15,500

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

Le informamos que el pago de la planilla No. 27423135, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Recuerde verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

Todos los derechos reservados © 2018 . Compensar - Cenet S.A.

certicámara Acerca de los certificados SSL

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	CARLOS ALFONSO ARAUJO CASTRO	**Nit:**	77031578
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Abril 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Abril 2018
Número de radicación:	26717878	**Total a pagar:**	$852,000
Fecha de vencimiento:	18/04/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	27/04/2018	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número de aprobación:**	332615932
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0.00	$15,500
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$469,600
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$366,900
						$852,000

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

Le informamos que el pago de la planilla No. 26717878, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Recuerde verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

ADR Agencia de Desarrollo Rural	DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CÁLCULO DE RETENCIÓN	
Código: F-FIN-005	Versión: 2	Página 1 de 1

Ley 1819 de 2016, Decreto 1070 de 2013, Decreto 099 de 2013 y Concepto 1195 de 2009

Bogotá D.C., 2 de mayo de 2018

Señores
AGENCIA DE DESARROLLO RURAL
Ciudad

1. Para efectos de determinar la renta liquidad cedular y el mecanismo de retención en la fuente correspondiente, de acuerdo con lo establecido en los artículos 1º al 9º de la Ley 1819 de 2016, CERTIFICO que: Los Ingresos objeto de pago, corresponden a: **Rentas de trabajo**
2. Diligenciar solo cuando los ingresos sean por concepto de honorarios y por compensación por servicios obtenidos: Manifiesto que **No** he contratado o vinculado 2 o más trabajadores asociados a la actividad.

3. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos durante el año anterior **SI** X **NO** _____ superaron los 1.400 ($44.602.600) UVT

4. Declaro bajo gravedad de juramento que **SI** X **NO** _____ soy declarante del impuesto a la renta en los términos definidos por la normatividad vigente.

5. Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Identificación del empleador: 900.948.958 AGENCIA DE DESARROLLO RURAL
Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: **COMÚN** X **SIMPLIFICADO** _____

Contrato de Prestación de Servicios No.:	461	Fecha de inicio:	29 DENERO DE 2018
Contratista:	CARLOS ALFONSO ARAUJO CASTRO	Fecha terminación:	31 DE EDICIEMBRE DE 2018
Valor mensual por concepto de Honorarios:	$ 8.670.000,00	Prorroga:	días.
Valor total del contrato:	$ 97.393.000,00	Valor de Adición:	$ 0,00

6. Declaro bajo gravedad de juramento, en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Art. 2, Parágrafo 3 y 4 que las personas que a continuación relaciono, dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

Nombres y apellidos del dependiente	Documento de Identidad	Calidad de dependiente	Años	Solo para el caso de hijos mayores de 18 años
LUCIA ARAUJO MESTRE	1.017.062.169	HIJA	8	-
CRISTINA ARAUJO MESTRE	1.019.905.838	HIJA	6	-

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT ($ 1.060.992) por concepto de dependientes.

7. Durante el año 2017 cancelé intereses por crédito hipotecario por valor de N/A adjunto certificado.
8. Declaro que soy titular y consigno a la cuenta AFC No A N/A de N/A por valor de $ -

9. Declaro que consigno a pensiones voluntarias en N/A la suma de N/A y anexo soporte de consignación.

10. Declaro que consigne a Medicina pre-pagada en la vigencia anterior la suma de N/A que no supera las 192 UVT ($ 6.365.952) anuales.

11. Declaro bajo la gravedad de juramento, haber efectuado el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y ARL, y ANEXO los documentos soportes del mismo que corresponden a los ingresos del pago sujeto a retención.

Atentamente,

Firma _____
Nombre Completo carlos alfonso araujo castro
c.c. 77.031.578