Bogotá D.C., 5 de junio de 2018

Radicado ADR UTT 12:	20183512000344
Fecha de radicado:	06/06/2018
Folios:	1
Anexos:	4 FOL

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

Asunto: Radicación de documentos para el trámite de pago del Contrato 307 de 2018

Con el fin de realizar el trámite de pago hago entrega de los siguientes documentos, de acuerdo con el concepto de pago: Quinto pago correspondiente al periodo del 01 de mayo de 2018 al 31 de mayo de 2018

N°	DOCUMENTOS	PRESTACIÓN SERVICIOS / CONSULTORÍA	OBRA	SUMINISTRO	OTROS
1	Certificación de Recibido a satisfacción parcial de bienes y/o servicios (Original)	X			
2	Cuenta de Cobro (Original)				
3	Factura (Original)	X			
4	Declaración Juramentada Depuración de la base del calculo de Retención (Original - Persona Natural)	X			
5	Planilla de pago Aportes Seguridad Social del período a cobrar (Persona Natural)	X			
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					

Atentamente,

Claudia Marcela Pérez Sánchez

ADR Agencia de Desarrollo Rural	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	307	de	2018
Nombre del contratista	CLAUDIA MARCELA PEREZ SÁNCHEZ		
Dirección:	Km 6 via restrepo condominio palma real casa 114	Teléfono:	3102505544
Cédula	40.401.448	Correo electrónico:	claudia.perez@adr.gov.co
Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):	Ana Maria Montes Sanchez		
Dependencia:	Vicepresidencia de Integración Productiva	No. Extensión o teléfono:	0
Objeto:	Prestar sus servicios profesionales en la Vicepresidencia de Integración Productiva de la ADR para apoyar el proceso de estructuración de proyectos integrales de desarrollo agropecuario y rural así como el cierre técnico y seguimiento a la inversión a los proyectos productivos recibidos por la Agencia al extinto INCODER.		
Fecha de inicio:	24 de enero de 2018	Fecha terminación:	30 de septiembre de 2018
Valor inicial del contrato:			$ 58.032.000,00
Adición:			$ 0,00
Valor total:			$ 58.032.000,00
Valor pago mensual o como se haya pactado:			$ 6.448.000,00
Prórroga (días):			0
Suspensión (días):			0
Terminación anticipada:			
Cesión:			$ 0,00
Cedente/Cesionaria:			0
Concepto del pago:	Quinto pago correspondiente al periodo del 01 de mayo de 2018 al 31 de mayo de 2018		

Valor a pagar:		$ 6.448.000,00		
Código	**Actividad**	**%**	**RP**	**Valor**
C-1702-1100-3-0-1-1-2 Rec. 11	ESTRUCTURAR PROYECTOS INTEGRALES DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y RURAL CON ENFOQUE TERRITORIAL - OTROS RECURSOS DEL TESORO	81,00%	37018	$ 5.222.880,00
C-1702-1100-3-0-2-1-1 Rec. 11	REALIZAR SUPERVISIÓN TÉCNICA A LOS PROYECTOS INTEGRALES DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y RURAL - OTROS RECURSOS DEL TESORO	19,00%	37018	$ 1.225.120,00
#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, CLAUDIA MARCELA PEREZ SÁNCHEZ, cumplió con las obligaciones contraídas en el Contrato de Prestación de Servicios N° 307 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 $6448000

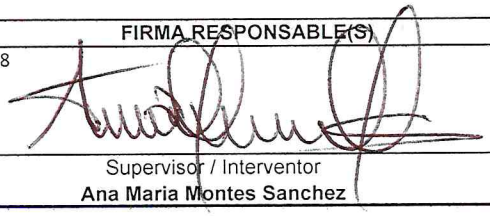
Persona Jurídica:

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 certificación se firma el 05 de junio de 2018



Supervisor / Interventor
Ana Maria Montes Sanchez

C.M.P.S

Claudia Marcela Pérez Sánchez
Nit. 40401448-2
Régimen Común

Resolución DIAN
18762007161155
Fecha: 2018-03-11
NÚM.Habilitación. VI 050 al VI 500

Cll. 59 No. 38-23 Ap. 304 Bogotá - Colombia

Señores: Agencia de desarrollo rural – ADR.
NIT: 900.948.958-4 TELÉFONO: 3830444

FECHA		
DÍA	MES	AÑO
5	06	2018

FACTURA DE VENTA
Nº VI 0063

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ARTICULO 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

CANT.	DESCRIPCIÓN	VALOR
1	Prestación de Servicios Profesionales relacionados con el objeto del contrato # 307 de 2018 durante el periodo comprendido del 01 al 31 de mayo de 2018	$5.418.487,39

SON:
Seis millones cuatrocientos cuarenta y ocho mil Pesos mcte—

SUB-TOTAL	$5.418.487,39
I.V.A	$1.029.512,61
TOTAL	$6.448.000

FIRMA CLIENTE

FIRMA Y SELLO

Like Sutdio Kreativo Nit. 86072730-1 Cel. 3134917060 - Villavicencio (Meta)

ADR Agencia de Desarrollo Rural ¡Comprometido progreso!	**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., 5 de junio 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.: 307 Fecha de inicio: 24 de enero de 2018
Contratista: CLAUDIA MARCELA PEREZ SÁNCHEZ Fecha terminación: 30 de septiembre de 2018
Valor mensual por concepto de Honorarios: $ 6.448.000,00 Prorroga: días.
Valor total del contrato: $ 58.032.000,00 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
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-

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 N/A de N/A por valor de N/A

Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención copia de la consignación AFC, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes.

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 $ 6.890.880 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 CLAUDIA MARCELA PEREZ SÁNCHEZ
c.c. 40.401.448

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40401448		PEREZ SANCHEZ CLAUDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 14A 127 81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	333346302	8478961440	I	2018/05/11	2018/05/02	BANCOLOMBIA	0	$650.000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 40401448	PEREZ CLAUDIA	230901	31	$2,200,000	$352,000	EPS005	31	$2,200,000	$275,000		0	$0	$0	14-23	31	$2,200,000	$23,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$23,000		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$352,000	$0	$0	$352,000
OLD MUTUAL	230901	800,253,055	2	1	$352,000	$0	$0	$352,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,000	$0	$0	$23,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$23,000	$0	$0	$23,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,000	$0	$0	$275,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$275,000	$0	$0	$275,000
TOTAL				**1**	**$650,000**	**$0**	**$0**	**$650,000**

PAGADO

2018/05/29 04:47 PM