



Agricultura

Cuentas de Cobro

Equipo Implementador del Proyecto -
PAAP-

1. FORMATO CUENTA DE COBRO

2. FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

3. FORMATO CERTIFICADO – PERSONAS NATURALES

4. INFORME CUENTA DE COBRO

5. ANEXOS



LA SUSCRITA COORDINADORA DEL GRUPO INTERNO
DE TRABAJO DE SEGUIMIENTO FINANCIERO PARA LA
INCLUSIÓN PRODUCTIVA

CERTIFICA

Que Nombres y apellidos identificado(a) con la CC No. Nro documento expedida en _____, cumplió con el Contrato de Prestación de Servicios No. ▲-2023 según Nro contrato informe de actividades correspondiente al periodo comprendido entre el Día y el Día de Mes de 2023.

Una vez realizada la revisión por parte del EIP al informe de actividades y todos los documentos anexos a la cuenta de cobro y/o factura, se autoriza realizar el pago por la suma de Cifra en letras PESOS MONEDA LEGAL (\$Cifra en numeros) con cargo al Contrato de Encargo Fiduciario de Administración y Pagos No. 20200530 suscrito con FIDUAGRARIA S.A.

GISELLA TORRES ARENAS
Coordinadora Grupo Interno de Trabajo de
Seguimiento para la Inclusión Productiva
Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural

Visto Bueno: _____

SOCIEDAD FIDUCIARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO S.A FIDUAGRARIA S.A.
NIT: 800.159.998-0

DEBE A

Nombre Apellidos
CC No. _____ de _____ Ciudad

La suma de Valor en letras PESOS MONEDA LEGAL (\$Valor en números)

Por concepto de Nro pago pago del Contrato de Prestación de Servicios N° Nro Contrato -2023 suscrito con FIDUAGRARIA S.A., correspondiente al periodo comprendido entre el Día y el Día de Mes de 2023, con cargo al Contrato de Encargo Fiduciario N°20200530.

Favor consignar en el Banco Entidad - Cuenta Tipo de Cuenta No. Nro Cuenta.

Se expide en Bogotá, a los Fecha de elaboración

CC No. _____ de _____

Actividad Económica: Nro de actividad
Lugar de prestación de Servicios: Ciudad
Dirección: _____
Teléfono: _____

Nota. Sí es primer pago, verificar la fecha de expedición de poliza, ya que la cuenta se presenta desde el día de su **aprobación**.

CERTIFICACION - PERSONAS NATURALES

SOCIEDAD FIDUCIARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO S.A.

Yo Nombre completo, identificada con cédula de ciudadanía No. Nro identificación de Ciudad, declaro bajo la **GRAVEDAD DE JURAMENTO**, que para el pago de los honorarios y/o servicios correspondientes al contrato que tengo suscrito con el Encargo Fiduciario No. 20200530, he efectuado los aportes a la seguridad social por los ingresos materia de honorarios y/o servicios en la cuantía establecida en la legislación vigente, de la siguiente forma:

Contrato N.º	Numero de contrato - 2023
Valor pago:	\$ Valor contrato
No. (s) y fecha de planilla (s) de pago de aportes:	Planilla No. <u>Nro Planilla</u> del <u>Día</u> de <u>Mes</u> de 2023
Empresa (SOI, MI PLANILLA, etc.):	<u>Nombre empresa</u>
Valor total pagado (sin intereses):	\$ <u>Valor sin intereses</u>

Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

CONCEPTO	SI	NO	Ver Soporte Anexo	VALOR MENSUAL
Declarante de renta <i>Marcar casilla dependiendo si es o no declarante</i>			1	N/A
Responsable de IVA		X	2	N/A
Aporte al fondo de solidaridad y subsistencia		X	3	N/A
Aportes a riesgos laborales <i>Si realiza aportes a riesgos laborales marca únicamente (si). No se incluye valor</i>	X		4	N/A
Aportes cuenta AFC		X	5	N/A
Aportes VOLUNTARIOS A PENSION <i>Solo en estos dos ítem se indica el valor mensual</i>		X	6	N/A
Certificación de pago intereses en préstamos, para la adquisición de vivienda del Empleado, límite 100 UVT		X	7	N/A
Certificación de pago a MEDICINA PREPAGADA y/o planes adicionales de salud- empleado, conyugue y hasta 2 hijos.		X	8	N/A
Personas dependientes del Empleado – 10% de los ingresos brutos sin exceder 32 UVT.		X	9 <i>Esta columna no se modifica</i>	N/A
Hijos		X		
Conyugue		X		
Padres		X		
Hermanos		X		

Finalmente, manifiesto que estos aportes NO SIRVIERON para la disminución de la base de retención en la fuente en otro cobro, por lo cual SI pueden ser tomados para tal fin por el pagador, según lo preceptuado por la normatividad vigente, a fin de que los aportes efectuados al Sistema General de Seguridad Social sean deducidos de la base de retención en la fuente al momento del pago o abono en cuenta.

NOTA: Favor validar los anexos requeridos conforme a cada uno de los rubros.

La presente declaración juramentada se firma en la ciudad de Bogotá, el día ___ de Mes de 2023.

CC No. _____ de _____

En caso de (SI)

Hijos: Declaración juramentada de dependencia económica y Registro civil cuando sean menores de edad

Conyugues Extrajuicio
Padres Extrajuicio
Hermanos Extrajuicio

PROYECTO APOYO A ALIANZAS PRODUCTIVAS
DIRECCIÓN DE CAPACIDADES PRODUCTIVAS Y GENERACIÓN DE INGRESOS
INFORME DE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL
Día y EL Día DE Mes DE 2023 ←
Nro Contrato
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. ____-2023

NOMBRE DEL CONTRATISTA : Nombres y apellidos
CEDULA DE CIUDADANÍA No. : Numero de ID
TELEFONO DE CONTACTO : Numero
FECHA DE INICIO : Fecha inicio de 2023
DURACION DEL CONTRATO : Hasta Fecha terminación de contrato

Nota:
 Fechas del informe cambian de acuerdo al periodo.

OBJETO DEL CONTRATO

El definido en cada contrato.

Se deben colocar las actividades correspondientes del mes a presentar, y que vaya acorde con la obligación específica que tenga el contrato.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO OBJETO DE INFORME

Obligaciones específicas	Descripción de la gestión adelantada	Anexos
1.	1.1	Anexo 1.1
2.	2.1	Anexo 2.1
3.	3.1	Anexo 3.1

Los soportes correspondientes a los anexos enunciados, se pueden consultar en el siguiente enlace:

_____ ← En este espacio va el enlace donde se cargan los anexos correspondientes a las actividades realizadas durante el periodo a presentar.

Manifiesto que he realizado el pago de mi seguridad social en cumplimiento de la Cláusula Sexta - OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA, Numeral 6.1 - OBLIGACIONES GENERALES, Subnumeral 6. del contrato de prestación de servicios, que establece: "Pagar en forma cumplida y de manera equivalente a los honorarios pactados de acuerdo con la normatividad que regula la materia, los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Art. 50 Ley 789 de 2002, Ley 1150 de 2007, Decreto 1072 de 2015, Decreto 2106 de 2019 y demás disposiciones legales vigentes).

Si es CR:
Firma de contratista
Firma de Coordinador

Visto Bueno:

Si es CT VoBo
Coordinador Regional
Firma de Contratista

Coordinador Regional EIP – PAA

Si es ATA VoBo
Coordinador Territorial
Firma de Contratista

Monitores VoBo
Coordinador Territorial
Firma de Contratista

GISELLA TORRES ARENAS

Coordinadora Grupo Interno de Trabajo de Seguimiento para la Inclusión Productiva

Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural



Señores
SOCIEDAD FIDUCIARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO S.A.
Bogotá

Yo, Nombre Completo, identificado(a) con cédula de ciudadanía número Nro Identificación expedida en Ciudad declaro que Nombre del dependiente identificado con Tipo de Documento No. Nro de identificación, con quien tengo parentesco _____, se encuentra bajo mi responsabilidad y depende económicamente de mí.

Declaro bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado con la firma de este documento, que la información que acabo de dar es completamente veraz.

Se expide la presente en _____, a los _____ de 2023.

Cordialmente,

CC No. _____ de _____

5.

Anexo: Cuando aplique Registro Civil / Extrajucio

ENTREGABLES
PRIMERA CUENTA DE COBRO

- Formato cuenta de cobro
- Formato certificado de cumplimiento
- Formato certificado Personas Naturales y sus anexos
- Informe de actividades
- Planilla pago de seguridad social o Certificado de salud y pensión
- Certificado cuenta bancaria
- RUT

ENTREGABLES
SEGUNDA CUENTA EN ADELANTE

- Formato cuenta de cobro
- Formato certificado de cumplimiento
- Formato certificado Personas Naturales y sus anexos
- Informe de actividades
- Planilla pago de seguridad social
- Formato seguridad social
- RUT

Normatividad:

Decreto 1273 de 2018, por medio del cual se reglamenta el pago de la cotización por mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) Decreto 1273 de 2018, por medio del cual se reglamenta el pago de la cotización por mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI)

- En ningún caso, el IBC podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) ni superior a 25 SMLMV.
- Cuando por inicio o terminación del contrato de prestación de servicios resulte un periodo inferior a un mes, el pago de la cotización al SSSI se realizará por el número de días que corresponda.
- El contratista deberá pagar mes vencido el valor de la cotización al Sistema General de Riesgos Laborales, cuando la afiliación sea por riesgo I, II o III. Por otra parte, el contratante deberá pagar el valor de la cotización mes vencido, cuando la afiliación del contratista sea por riesgo IV o V

A tener en cuenta:



- Correcto diligenciamiento de cada uno de los formatos enunciados.
- Tiempo de subsanación de observaciones: **el mismo día.**
- Las cuentas de los contratistas deben ser entregadas por los coordinadores tras revisión previa de informe de actividades y sus evidencias.
- Atender a los tiempos y plazos de radicación definidos mensualmente.



Agricultura