Bogotá D.C., 17 de mayo de 2022

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

Asunto: Radicación de documentos para el trámite de pago del Contrato/Convenio No. No. 165 de 2022

Con el fin de realizar el trámite de pago hago entrega de los siguientes documentos, de acuerdo con el concepto de pago: Pago No.3, Periodo del 01 al 31 del mes de Marzo del año 2022, Contrato No.165, Ejecutado en la ciudad de Bogota.

N°	DOCUMENTOS	PRESTACIÓN SERVICIOS / CONSULTORÍA	OBRA	SUMINISTRO	OTROS
1	Certificación de recibo a satisfacción de bienes y/o servicios y autorización de desembolsos	1			
2	Factura (Original)				
3	Declaración Juramentada Depuración de la base del calculo de Retención (Original - Persona Natural)				
4	Planilla de pago Aportes Seguridad Social (Persona Natural)	2			
5	Certificación Aportes Parafiscales (Persona Jurídica)				
6	Acta de Obra				
7	Comprobante Entrada de Bienes al Almacén				
8	Resolución (Copia)				
9	Paz y Salvo para contratistas a la finalización del Contrato (Original)				
10	Certificado y/o soporte del pago FIC				
11	Otros ¿Cuáles?: RUT,CERTIFICACION BANCARIA,ACTA DE INICIO				
TOTAL FOLIOS		3			

Atentamente,

ANDRES FELIPE FAJARDO BUSTOS
1015405807

ADR Agencia de Desarrollo Rural ¡Cosechando progreso!	**CERTIFICACIÓN DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS Y AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSOS**	El campo es de todos · Minagricultura
Código: F-FIN-016	**Versión: 3**	Página 1 de 1

ASPECTOS GENERALES Y EJECUCIÓN

Contrato/Convenio No.	**165**	Año	**2022**		
Contratista/Entidad	**ANDRES FELIPE FAJARDO BUSTOS**				
Dirección:	CALLE 186 N54 d 45		Teléfono:	317 3712581	
Identificación (Cédula/NIT)	**1.015.405.807**		Correo electrónico:	felipefajardo2588@gmail.co	
Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):	**Nina Vlasdisliav Rodriguez Valero**				
Cargo del Supervisor:	**GESTOR T1-13**				
Lugar de Ejecución	Bogotá		No. Extensión o teléfono:	505	
Objeto:	Prestar los servicios profesionales a la Dirección de Asistencia Técnica para el apoyo en la planeación y seguimiento del servicio público de extensión agropecuaria				
Fecha de inicio:	**19 de enero de 2022**		Fecha terminación:	**16 de diciembre de 2022**	
Valor inicial del contrato:			**$ 48.543.000,00**		
Adición:			**$ 0,00**		
Valor total:			**$ 48.543.000,00**		
Valor pago mensual o como se haya pactado:			**$ 4.413.000,00**		
Prórroga (días):			**0**		
Suspensión (días):			**0**		
Terminación anticipada:					
Cesión:					
Cedente/Cesionaria:					
Tipo de pago que aplica:			Parcial		
Concepto del pago:	Pago No.3, Periodo del 01 al 31 del mes de Marzo del año 2022, Contrato No.165, Ejecutado en la ciudad de Bogota.				

Numero Cuenta bancaria	**94418682668**	**Entidad Bancaria**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de Cuenta**	**Ahorros**

Valor a pagar:	**$ 4.413.000,00**		
Código y Productos	**%**	**RP**	**Valor**
C-1708-1100-4-0-1708041-02 - REC. 13 - ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE EXTENSIÓN AGROPECUARIA - FORTALECIMIENTO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE EXTENSIÓN AGROPECUARIA NACIONAL	100,00%	21322	**$ 4.413.000,00**
	0,00%		**$ 0,00**
	0,00%		**$ 0,00**
	0,00%		**$ 0,00**
	0,00%		**$ 0,00**
	0,00%		**$ 0,00**
	0,00%		**$ 0,00**
	0,00%		**$ 0,00**
	0,00%		**$ 0,00**
	0,00%		**$ 0,00**

CONCEPTO SUPERVISOR

Persona Natural y/o Jurídica

En mi calidad de supervisor y/o interventor del contrato **No**	**165**	**de**	**2022**	**CERTIFICO QUE.**

El contratista **ANDRES FELIPE FAJARDO BUSTOS**

Cumplió con las obligaciones contraídas en el CONTRATO 165/2022, 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, correspondiente al contrato

El contratista realizó los aportes correspondientes al sistema de seguridad social integral (Salud, Pension, ARL), y los valores pagados son los correctos y se encuentran de acuerdo a lo establecido por la normatividad vigente aplicable al contrato. En mi calidad de supervisor/interventor certifico que he recibido y aprobado los valores pagados por el contratista y que son soporte para el el periodo señalado en el concepto de pago.

El/la contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos con todas las obligaciones establecidas contractualmente, Por lo anterior, se autoriza pagar a el/la contratista la suma de: **$ 4.413.000,00**

Que los pagos realizados en la ejecucion del contrato,se encuentra debidamente aprobados en la plataforma SECOP II

Que el informe de actividades y sus anexos, soporte de este pago se encuentra debidamente aprobado y se encuentra reportado en la plataforma SECOP II

el contrato cuenta con garantías contractuales aprobadas y vigentes (en los casos que aplica).

Toda la informacion plasamada en este documento fue tomada del contrato y/o convenio y verificada con el contratista

Observaciones:

INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

La presente certificación se firma el	17 de mayo de 2022			
Nombre del supervisor del contrato	**Nina Vlasdisliav Rodriguez Valero**			
Cargo del supervisor	GESTOR T1-13			
Estado certificación de recibo a satifacción de bienes y/o servicios y autorizacion de desembolsos	**Revisado**	**X**	**Aprobado**	**X**
Firma / Nombre para aprobación: (Este documento se eniende aprobado con el correo electronico enviado al contratista para el inicio del proceso de radicacion)	El supervisor certifica que el/la contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas en el periodo, Por lo anterior, se autoriza pagar a el/la contratista la suma de			**$ 4.413.000,00**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015405807	ANDRES FELIPE FAJARDO BUSTOS	CALLE 186 N0 54d-45 casa 7	3051087	felipefajardo2588@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-03	2022-03	I	27/04/2022	57611528	$1.148.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	485.700	0		0		0	0	0	0	485.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	621.700	0	0	0	0	0	0		621.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	40.600				40.600	0	0	40.600			406	40.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	485.700	485.700
Pensión	1	621.700	621.700
Riesgos Laborales	1	40.600	40.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.148.000	1.148.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015405807	ANDRES FELIPE FAJARDO BUSTOS	CALLE 186 N0 54d-45 casa 7	3051087	felipefajardo2588@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-03	2022-03	I	27/04/2022	57611528	$1.148.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1015405807	FAJARDO BUSTOS ANDRES FELIPE	59	0			N																	25-14	3.885.200	621.700	0	0	0	0	EPS017	3.885.200	485.700	14-23	3.885.200	2	40.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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