ADR 20206100003764
Asunto: CUENTA DE COBRO PRIMER PAGO CORRES
Fecha Rad.: 2020-03-02 14:26:02 Usuario Rad.:: JULY.
Dependencia: DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINAN(
Anexos: F 1 - A 4 FOLIOS

Bogotá D.C., 02 de marzo de 2020.

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

Asunto: Radicación de documentos para el trámite de pago del Soporte contractual No. No. 3682020 de 2020

Con el fin de realizar el trámite de pago hago entrega de los siguientes documentos, de acuerdo con el concepto de pago: primer pago correspondiente al periodo comprendido entre el 13 de febrero al 29 de febrero de 2020

N°	DOCUMENTOS	PRESTACIÓN SERVICIOS / CONSULTORÍA	OBRA	SUMINISTRO	OTROS
1	Certificación de Recibido a satisfacción parcial de bienes y/o servicios (Original)	x			
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)	x			
5	Certificación Aportes Parafiscales (Persona Jurídica)				
6	Acta de Obra				
7	Comprobante Entrada de Bienes al Almacén				
8	Certificación de recibido a satisfacción final de bienes y/o servicios (Original)				
9	Resolución (Copia)				
10	Paz y Salvo para contratistas a la finalización del Contrato (Original)				
11	Certificado y/o soporte del pago FIC				
12	Otros ¿Cuáles?: _____				
	TOTAL FOLIOS	04			

Atentamente,

CARLOS EDUARDO AVILA HURTADO

03 MAR 2020
08:00 am

R → 2
N - V

ADR Agencia de Desarrollo Rural Creciendo 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: 1	Página 1 de 1

ASPECTOS GENERALES Y EJECUCIÓN

Soporte contractual No.	**3682020**	Año	**2020**	
Contratista/Entidad	CARLOS EDUARDO AVILA HURTADO			
Dirección:	CARRERA 63 No 23a 84		Teléfono:	6948528
Identificación (Cédula/NIT)	**79,411,074**		Correo electrónico:	carlos.avila@adr.gov.co
Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):	**JUANITA MARIA ESCOBAR CARREÑO**			
Dependencia:	Secretaría General		No. Extensión o teléfono:	1453
Objeto:	Prestar sus servicios profesionales apoyando a la Agencia de Desarrollo Rural en la gestión de los procesos administrativos relacionados con el levantamiento y actualización de los inventarios de la entidad , y apoyar los procesos financieros en cuanto a la implementación del marco normativo contable para la Propiedad Planta y Equipo de la Agencia , asociadas a la implementación del proyecto de inversión respectivo.			
Fecha de inicio:	**13 de febrero de 2020**		Fecha terminación:	**18 de diciembre de 2020**
Valor inicial del contrato:				**$ 71,020,000.00**
Adición:				$ 0.00
Valor total:				**$ 71,020,000.00**
Valor pago mensual o como se haya pactado:				**$ 6,700,000.00**
Prórroga (días):				0
Suspensión (días):				0
Terminación anticipada:				
Cesión:				
Cedente/Cesionaria:				
Despliegue la lista y seleccione el tipo de pago que aplica:			Parcial	
Concepto del pago:	primer pago correspondiente al periodo comprendido entre el 13 de febrero al 29 de febrero de 2020			

Valor a pagar:	**$ 3,796,667.00**		
Código y Productos	**%**	**RP**	**Valor**
C-1799-1100-10-0-1799061-02-Rec 11-Adquisición Adecuación Y Mantenimiento De Sedes Administrativas A Nivel Nacional Nacional, Código Bpin 2019011000048 - Sede construida y dotada	100.00%	57520	**$ 3,796,667**
	0.00%	0	$ 0
	0.00%	0	$ 0
	0.00%	0	$ 0
	0.00%	0	$ 0
	0.00%	0	$ 0

CONCEPTO SUPERVISOR

Persona Natural:

El/la contratista, CARLOS EDUARDO AVILA HURTADO, cumplió con las obligaciones contraídas en el CONTRATO N° 3682020 de 2020, 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 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 $ 3.796.667

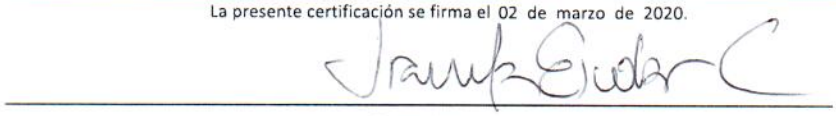
Persona Jurídica:

El (los) suscrito(s) supervisor(es) CERTIFICA que se verificaron los requisitos previstos en el contrato y/o convenio para este desembolso, así como las obligaciones concernientes al pago de la Seguridad Social Integral y Aportes Parafiscales, en los casos que aplique, y de acuerdo con el concepto de pago y/o desembolso 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 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, certifico que el contrato cuenta con garantías contractuales aprobadas y vigentes (en los casos que aplica).

Observaciones:

FIRMA RESPONSABLE(S)

La presente certificación se firma el 02 de marzo de 2020.



Supervisor

JUANITA MARIA ESCOBAR CARREÑO

ADR Agencia de Desarrollo Rural ¡Cosechando progreso!	**DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CÁLCULO DE RETENCIÓN**	El campo es de todos · Minagricultura
Código: F-FIN-005	Versión: 5	Página 1 de 1

Ley 1819 de 2016, Decreto 1070 de 2013, Decreto 099 de 2013, Concepto 1195 de 2009 y Decreto 1273 de 2018.

Bogotá D.C., 02 de marzo de 2020.

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 he contratado o vinculado 2 o más trabajadores asociados a la actividad. **No**

3. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos durante el año anterior **SI** x **NO** _____ superaron los 1.400 ($47,978,000) 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** _____ **SIMPLIFICADO** x
Contrato de Prestación de Servicios No.: 3682020 Fecha de inicio: 13 de febrero de 2020
Contratista: CARLOS EDUARDO AVILA HURTADO Fecha terminación: 18 de diciembre de 2020
Valor mensual por concepto de Honorarios: 6.700.000 Prorroga:
Valor total del contrato: $ 71,020,000.00 Valor de Adición:

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 ($ 1.139,424) por concepto de dependientes.

7. Durante el año 2019 cancelé intereses por crédito hipotecario por valor de $ 11,279,573.90 adjunto certificado.

8. Declaro que soy titular y consigno a la cuenta AFC No _____ de _____ por valor de _____

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 _____ la suma de _____ y anexo soporte de consignación.

10. Declaro que consigne a Medicina pre-pagada en la vigencia anterior la suma de _____ que no supera las 192 UVT ($ 6.836.544) anuales, adjunto certificado.

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, conforme con lo dispuesto en el Decreto 1273 de 2018 y disposiciones legales vigentes.

Atentamente,

Firma _____
CARLOS EDUARDO AVILA HURTADO
c.c. 79.411.074 Bogotá.

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Reporte Anual de Costos Totales

Este reporte es informativo en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 4809 de 2011 y contiene el resumen de los cobros efectuados por el uso de sus productos y servicios. En ningún caso sustituye a los certificados tributarios expedidos anualmente por el Banco, que son el único documento válido para efectos fiscales.

CARLOS EDUARDO AVILA HURTADO
KR 26 G 35 C 66
BRAVO PAEZ
BOGOTÁ, D.C.
CUNDINAMARCA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social | Información Confidencial



Periodo del Informe
01 de enero al 31 de diciembre de 2019

Contratos Leasing
***2191

Descripción del Concepto	Valor
Cobros efectuados al cliente, asociados a los servicios	
Intereses corrientes	$11,279,573.90
Intereses de mora	$101,313.08
Cobros realizados al cliente a favor de terceros	
Seguro de vida	$810,764.00
Seguro incendio y rayo	$330,740.00
Seguro terremoto	$301,903.00

Línea Amiga
307 70 60 en Bogotá
01 8000 910038
en otras ciudades.

Información Importante

1.Banco Caja Social NIT. 860.007.335-4 informa que la Defensoría del Cliente es ejercida por los Doctores José Guillermo Peña González (Defensor Principal) y Carlos Alfonso Cifuentes Neira (Defensor Suplente).
Dirección: Av. 19 No. 114-09 Oficina 502, Bogotá D.C. Teléfonos 2131322 - 2131370.
E-Mail: defensorbancocajasocial@pgabogados.com. Horario de atención de Lunes a viernes de 8:30 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:30 p.m.

2.Por favor informar su inconformidad sobre el contenido del extracto a nuestros revisores fiscales Deloitte & Touche Ltda., al correo revisoriafiscalbanco@fs.co o al A.A. No. 075874 de Bogotá.

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	79411074	CARLOS EDUARDO AVILA HURTADO	CR 31 38 66 SUR	6948528	ceacontador@yahoo.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-02	2020-02	I	26/02/2020	40889776	$777.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	328.900	0		0		0	0	0	0	328.900	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	421.000	0	0	0	0	0	0		421.000	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	27.500				27.500	0	0	27.500			275	27.500	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	328.900	328.900
Pensión	1	421.000	421.000
Riesgos Laborales	1	27.500	27.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	777.400	777.400

PAGADA
40889776

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