Bogotá D.C., 01 de julio 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: QUINTO PAGO DEL CONTRATO 3682020, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01 AL 30 DE JUNIO 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		2			
DECRETO No. 568 de 2020 -- Impuesto Covid-19					
En Cumplimiento al Decreto Legislativo 568 del 15 de abril de 2020 (Impuesto Covi 19) y bajo la Gravedad de Juramento estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.		MARQUE			
		SI		**NO**	x
Recibo ingresos por pensión		**SI**		**NO**	x
Aplicar Aporte Voluntario - Impuesto COVID-19 Decreto 568 /2020		**SI**		**NO**	x

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CARLOS EDUARDO AVILA HURTADO
Firma / Nombre para aprobación	El contratista certifica el cumplimiento a satisfacción dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas en el periodo.
	CARLOS EDUARDO AVILA HURTADO C.C. 79.411.074

ADR Agencia de Desarrollo Rural	**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:	Dirección Administrativa y Financiera		No. Extensión o teléfono:	1453
Objeto:	Prestar sus servicios profesionales apoyando a la Agencia de Desarrollo Rural en la gestiòn de los procesos administrativos relacionados con el levantamiento y actualizaciòn de los inventarios de la entidad y apoyar los procesos financieros en cuanto a la implementaciòndel marco normativo contable para la Propiedad Planta y Equipo de la Agencia , asociados a la implementaciòn del proyecto de inversiòn			
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:	QUINTO PAGO DEL CONTRATO 3682020, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01 AL 30 DE JUNIO DE 2020			
Valor a pagar:				**$ 6.700.000**

Código y Productos	%	RP	Valor
C-1799-1100-10-0-1799061-02-Rec 11-Adquisición Adecuación Y Mantenimiento De Sedes Administrativas A Niv Nacional Nacional, Código Bpin 2019011000048 -Sede construida y dotada	**100%**	57520	**$ 6.700.000**

CONCEPTO SUPERVISOR

Persona Natural:

El/la contratista, Carlos Eduardo Avila Hurtado , cumplió con las obligaciones contraídas en el **CONTRATO** N° 3682020 del año **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 pag en SECOP II (En los casos que aplica). Por lo anterior, se autoriza pagar a el/la contratista la suma de $**6.700.000**.

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:

INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

La presente certificación se presenta el día 01 del Mes de julio de 2020

Nombre del supervisor del contrato	**JUANITA MARIA ESCOBAR CARREÑO**			
Cargo del supervisor				
Estado certificación de recibo a satifacción de bienes y/o servicios y autorizacion desembolsos	**Revisado**	**X**	**Aprobado**	**X**
Firma / Nombre para aprobación:	El supervisor certifica que el/la contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas en el periodo.			

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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	I	26/06/2020	43570523	$791.800	

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	335.000	0		0		0	0	0	0	335.000	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	428.800	0	0	0	0	0	0		428.800	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	28.000				28.000	0	0	28.000			280	28.000	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	335.000	335.000
Pensión	1	428.800	428.800
Riesgos Laborales	1	28.000	28.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	791.800	791.800

PAGADA
43570523

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	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**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2020-06	2020-06	I	26/06/2020	43570523	$791.800	

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**	**Estudiante**	**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	79411074	AVILA HURTADO CARLOS EDUARDO	59	0			N																	25-14	2.680.000	428.800	0	0	0	0	EPS008	2.680.000	335.000	14-23	2.680.000	2	28.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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