

Bogotá D.C., 01 de Octubre 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: OCTAVO PAGO DEL CONTRATO 3682020, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020

N°	DOCUMENTOS	PRESTACIÓN SERVICIOS / CONSULTORÍA	OBRA	SUMINISTRO	OTROS
1	Certificación de Recibido a satisfacción parcial de bienes y/o servicios (Original)	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	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		3			

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

 CERTIFICACIÓN DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS Y AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSOS		 El campo es de todos	
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:	3143356971
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 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, asociados a la implementación del proyecto de inversión.		
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:	OCTAVO PAGO DEL CONTRATO 3682020, CORRESPONDIENTE AL PERÍODO DEL 01 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020		
Valor a pagar:	\$ 6.700.000		
Código y Productos	%	RP	Valor
C-1799-1100-10-0-1799061-02 - REC. 11 - ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SEDE CONSTRUIDA Y DOTADA - ADQUISICIÓN ADECUACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SEDES ADMINISTRATIVAS A NIVEL NACIONAL NACIONAL	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 pago en SECOP II (En los casos que aplica). Por lo anterior, se autoriza pagar a el/la contratista la suma de \$ 6.700.000 .			
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:			
INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
La presente certificación se presenta el 01 de Octubre de 2020			
Nombre del supervisor del contrato	JUANITA MARIA ESCOBAR CARREÑO		
Cargo del supervisor	GESTOR TÉCNICO I GRADO 9		
Estado certificación de recibo a satisfacción de bienes y/o servicios y autorización de 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.		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-09	2020-09	I	17/09/2020	45427111	\$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

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