Bogotá D.C., 03 de Noviembre 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: NOVENO PAGO DEL CONTRATO 3682020, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01 AL 31 DE OCTUBRE 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

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:	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 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 implementaciòn del 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:	NOVENO PAGO DEL CONTRATO 3682020, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01 AL 31 DE OCTUBRE 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 03 de Noviembre de 2020

Nombre del supervisor del contrato	**JUANITA MARIA ESCOBAR CARREÑO**			
Cargo del supervisor	GESTOR TÈCNICO I GRADO 9			
Estado certificacion de recibo a satifaccion de bienes y/o servicios y autorizacion 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.			

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	79411074-	CARLOS EDUARDO AVILA HURTADO	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2020	10	2020	4630035

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CR 31 38 66 SUR	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	6948528		ceacontador@yahoo.com	8299	0	1	2020/10/29	784424081

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	335.000	0		0		0	335.000	0	0	0	335.000	0		0	0	335.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	428.800	0	0	0	0	0	0	428.800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	28.000		0	0	28.000
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	28.000		0	280	28.000

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	428.800	428.800
SALUD	335.000	335.000
RIESGOS LABORALES	28.000	28.000
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	791.800	791.800

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	79411074	AVILA HURTADO CARLOS EDUARDO	EPS008	25-14																				2.680.000	2.680.000	0	2.680.000	0			428.800	0	0	335.000	0

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