Bogotá D.C., 07 de Diciembre 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: DECIMO PAGO DEL CONTRATO 3682020, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE 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 ¡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: 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 r elacionados 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:	DECIMO PAGO DEL CONTRATO 3682020, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE 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 infor me 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 07 de Diciembre de 2020

Nombre del supervisor del contrato	**JUANITA MARIA ESCOBAR CARREÑO**			
Cargo del supervisor	GESTOR TECNICO I GRADO 9			
Estado certificación de recibo a satifacción 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

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	CARLOS EDUARDO AVILA HURTADO	**NIT:**	79411074
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2020
Número de Radicación:	46933154	**Total a pagar:**	$791,800
Fecha de vencimiento:	31/12/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	27/11/2020	**Número de Administradoras:**	5

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DE BOGOTA	**Número Autorización:**	812729713
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$28,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$428,800
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$335,000
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	1		$0	$0
PASENA	899999034	SENA	1		$0	$0
						$791,800

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION	SUCURSAL / DEPEN DENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMER O RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	79411074-	CARLOS EDUARDO AVILA HURTADO	U C S D			2020	11	2020	4719995		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	2020/12/07	823860435

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	40.000	0		0		0	40.000	0	0	0	40.000	0		0	0	40.000	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	51.200	0	0	0	0	0	0	51.200	1

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	3.400		0	0	3.400

DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	3.400		0	34	3.400

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 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

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

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	51.200	51.200
SALUD	40.000	40.000
RIESGOS LABORALES	3.400	3.400
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	94.600	94.600

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