 <b>Agricultura</b> Gestión financiera	<h1>Formato</h1>	Código: F07-PR-GFI-07
	Certificación y trámite de orden de pago y recibido a satisfacción de contratos de prestación de servicios de personas naturales	Versión: 4
		Fecha Emisión: 12/08/2024

**(LEA PREVIAMENTE EL INSTRUCTIVO)**

1. CONTRATO No.	20250358	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	525
-----------------	----------	--------------------------------	-----


3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANA YIBE HOYOS JIMENEZ
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	1061763242

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:
21-02-2025	31-12-2025

7. DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	1	de	11	PERIODO	21 de febrero al 28 de febrero de 2025
FACTURA No.:				FECHA:	



8. DATOS DEL DESEMBOLSO			
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
1117010	A-02-02-02-008-003-01-9	\$3.000.000	
		\$3.000.000	

9. Certifico bajo la gravedad del juramento, que me encuentro al día con el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ARL y -Pensión (si me corresponde), de acuerdo con la normatividad vigente; conforme a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, relacionado en el ítem 1 del presente formato.

FIRMA CONTRATISTA	
-------------------	--

10. En calidad de supervisor(es) y/o responsable(s), manifiesto que se está cumpliendo o cumplió con el objeto contractual, y se recibió el bien o servicio a satisfacción, por lo cual se considera procedente se realice el pago y se da el visto bueno correspondiente.

NOMBRE SUPERVISOR (ES) y/o RESPONSABLE(S):	FABIOLA AMANDA VARGAS VARGAS		
DEPENDENCIA:	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y PROSPECTIVA		
FIRMA SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S)	Fabiola Amanda Vargas Vargas <small>Firmado digitalmente por Fabiola Amanda Vargas Vargas</small>		
	Fecha de Firma Supervisor(es):	<u>28 DE FEBRERO DE 2025</u>	

 <b>Agricultura</b>  Gestión financiera	<h1>Formato</h1>	Código: F07-PR-GFI-07
	Certificación y trámite de orden de pago y recibido a satisfacción de contratos de prestación de servicios de personas naturales	Versión: 4
		Fecha Emisión: 12/08/2024

## INSTRUCTIVO PARA SU DILIGENCIAMIENTO

### DESCRIBA:

1. **CONTRATO No:** Escribir el número del Contrato cuyo desembolso se está autorizando, y corresponde a la numeración establecida por la Oficina de Contratos. Ejemplo. MADR-XXX-2023.
2. **COMPROMISO PRESUPUESTAL No:** Escriba el número del Registro Presupuestal del Compromiso, suministrado por el Grupo de Presupuesto.
3. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** Nombre de la persona natural beneficiaria del pago, para quien se autoriza el desembolso.
4. **IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:** No. de Cedula de ciudadanía
5. **FECHA DE INICIO DE EJECUCIÓN:** Escriba la fecha en la cual se da inicio con la ejecución del contrato.
6. **FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO:** Escriba la fecha en la cual se termina el contrato de acuerdo con la cláusula del acto administrativo.
7. **DOCUMENTO(S) SOPORTE:** Suministrar la información de acuerdo con el documento que soporta el trámite
  - **PAGO No.** (01 de XX) **PERIODO** (día-mes-año al día-mes-año).
  - **FACTURA No.** Escriba el No. del documento **FECHA** (fecha de expedición de la factura día-mes-año)
8. **DATOS DEL DESEMBOLSO:** Escriba los datos de acuerdo con el registro presupuestal.
  - **RECURSO:** Digite el número de la fuente de Financiamiento (Recurso Presupuestal)
  - **CUENTA OBJETO DE GASTO:** Digite la cuenta que será objeto de aplicación en el gasto
  - **VALOR:** Digite el valor correspondiente que será objeto de aplicación en el gasto
  - **VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO:** Digite el valor correspondiente a la suma de todas las cuentas objeto de gasto.
9. **ESTA CASILLA NO DEBE SER ALTERADA. De acuerdo con el Procedimiento Administración y Control de Documentos del SIG. Solo se debe llenar los datos de la:**
  - **FIRMA DEL CONTRATISTA:** la firma del Contratista(s)
10. **ESTA CASILLA NO DEBE SER ALTERADA. De acuerdo con el Procedimiento Administración y Control de Documentos del SIG. Solo se debe llenar los datos de:**
  - **NOMBRE(S) DE (los) SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S) QUE CERTIFICA(N) o RESPONDE:** Nombre del funcionario(s) designado mediante memorando
  - **DEPENDENCIA:** Dirección o Dependencia donde labora(n) el (los) funcionario(s) responsable del trámite o que ejerce(n) la supervisión
  - **FIRMA DEL SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S):** la firma del funcionario(s) que certifica(n) el recibo a satisfacción y considera procedente se realice el pago o desembolso.
  - **FECHA:** corresponde a la fecha en la cual el supervisor y/o responsable certifica(n) el recibo a satisfacción y considera procedente se realice el pago o desembolso.

**NOTA 1:** De acuerdo con el Procedimiento Administración y Control de Documentos del SIG, en su numeral 5.3 "Condiciones para la Administración y Control de Documentos" literal b. las modificaciones a los formatos del Sistema Integrado de Gestión sólo pueden ser solicitadas por el dueño del proceso o alguno de los responsables de la actividad.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061763242		HOYOS JIMENEZ ANA YIBE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 17 A 75 A 09 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1298896067	9482425457	I	2025/03/11	2025/02/28	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$348,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,200,000	\$192,000			\$1,200,000	\$150,000			\$0	\$0			\$1,200,000	\$6,300		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,200,000	\$192,000			\$1,200,000	\$150,000			\$0	\$0			\$1,200,000	\$6,300		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,200,000	\$192,000			\$1,200,000	\$150,000			\$0	\$0			\$1,200,000	\$6,300		\$0	\$0
1	CC 1061763242	HOYOS ANA	230301	10	\$1,200,000	\$192,000	EPS008	10	\$1,200,000	\$150,000	0		\$0	\$0	14-23	10	\$1,200,000	\$6,300	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,200,000	\$192,000			\$1,200,000	\$150,000			\$0	\$0			\$1,200,000	\$6,300		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061763242		HOYOS JIMENEZ ANA YIBE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 17 A 75 A 09 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1298896067	9482425457	I	2025/03/11	2025/02/28	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$348,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$192,000	\$0	\$0	\$192,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$192,000	\$0	\$0	\$192,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,300	\$0	\$0	\$6,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$6,300	\$0	\$0	\$6,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$150,000	\$0	\$0	\$150,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$150,000	\$0	\$0	\$150,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$348,300</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$348,300</b>	

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**ANA YIBE HOYOS JIMENEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.763.242**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Febrero del 2025.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) ANA YIBE HOYOS JIMENEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1061763242, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'FUNDACION UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA' NIT 860011285, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250102	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Febrero de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO  
28039509

CER-AFI



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

### POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

#### HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ANA YIBE HOYOS JIMENEZ** identificado con **CC No. 1061763242**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MINISTERIO DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL - NI. 899999028	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 20/02/2025 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 20/02/2025 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 31/12/2025 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 2025010121012187.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 28 días del mes de febrero de 2025.


Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**


Positiva Compañía de Seguros S.A.  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS


 Gestión para la Contratación	<b>Formato</b>		Código: F32-PR-GPC-01
	Informe de ejecución contratos de prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión		Versión: 5 Fecha emisión: 18/07/2024
<b>DATOS E INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>			<b>PERIODO INFORMADO</b>
<b>NOMBRE CONTRATISTA :</b>	<b>ANA YIBE HOYOS JIMENEZ</b>		21 de febrero al 28 de febrero de 2025
<b>CONTRATO No :</b>	<b>20250358</b>		
<b>GESTIÓN O ACTIVIDADES REALIZADAS</b>			
No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA- REGISTRO Y/O SOPORTE DE LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA
1	Orientar desde el ámbito jurídico los procesos de emisión de pronunciamientos técnicos sobre proyectos de inversión presentados y relacionados con el sector Agricultura y Desarrollo Rural en el marco del Sistema General de Regalías.	Se apoya y orienta en Mesa Técnica el 24-02-2024 con relación al Proyecto "Implementación de unidades productivas para el fortalecimiento de la Agricultura Campesina Familiar y Comunitaria (ACFC) en los municipios de Albania San José del Fragua Belén de los Andaquies Curillo". Se apoya y orienta en Mesa Técnica el 25-02-2024 con relación al Proyecto	Registro fotográfico.
2	Participar en los talleres, reuniones o comités en los que se requiera apoyo para analizar la aplicación de políticas y estrategias del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, con el fin de lograr la presentación de proyectos en el SGR	Se apoya en reunión realizada con el equipo de trabajo del SGR, del 27-02-2024 a efectos de crear estrategias para mejorar el seguimiento de los proyectos.	Registro fotográfico.
3	Apoyar jurídicamente el seguimiento y control de la ejecución del presupuesto de funcionamiento asignado al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.	Se apoya con la revisión del componente jurídico del Proyecto denominado "Fortalecimiento de los procesos productivos y comerciales para mejorar los ingresos y la calidad de vida de pequeños y medianos productores a partir del establecimiento de cultivo de plátano hartón bajo un modelo semiintensivo del departamento del Caquetá".	Documentación del proyecto.
4	Proyectar y revisar en términos de calidad y oportunidad a las peticiones presentadas al Ministerio en el marco del Sistema General de Regalías, por usuarios internos, externos y ciudadanía en general.	Se apoya con la emisión de respuesta ante solicitud radicada ante el SGR.	Documento respuesta.
5	Apoyar en la revisión de las cuentas de cobro e informe de actividades presentados por los contratistas del equipo de trabajo del Sistema General de Regalías del Ministerio.	Para el presente mes no se requirió la presente obligación.	No aplica.
6	Las demás actividades que indique el supervisor del contrato y/o el despacho que estén comprendidas dentro del objeto contractual.	Se apoya con la elaboración de estudio previos a efectos de adelantar firma de Comodato No. 1094-2015, correspondiente el Fondo de Fomento Agropecuario.	Estudio previos

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 99.000.000
VALOR ADICIÓN	\$ 0
VALOR REDUCCIÓN	\$ 0
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>\$ 99.000.000</b>
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN EN ESTE PERIODO	3,03%
VALOR A PAGAR EN ESTE PERIODO	\$ 3.000.000
VALOR ACUMULADO	\$ 3.000.000
PORCENTAJE ACUMULADO	3,03%
SALDO POR EJECUTAR	\$ 96.000.000

<b>FIRMA DEL CONTRATISTA</b>			
<b>Nombre:</b>		<b>ANA YIBE HOYOS JIMENEZ</b>	
<b>C.C. No.</b>	<b>1.061.763.242</b>	<b>Fecha Informe:</b>	<b>28 DE FEBRERO DE 2025</b>

**DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR**

El suscrito supervisor del Contrato No. 20250358 declara que ha verificado el informe de actividades contenido en el presente documento las cuales fueron ejecutadas durante el periodo que se reporta y corresponden a las obligaciones consignadas en el contrato aludido. En mérito de lo anterior se deja constancia del cumplimiento a satisfacción del objeto contratado. Así mismo, certifica que ha verificado el cumplimiento de las obligaciones de pago de parafiscales a cargo del contratista.

<b>SUPERVISOR 1</b>	Firma:		<b>APOYO A LA SUPERVISIÓN EN LA VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA RADICACIÓN DE CUENTAS</b>	Firma:	
	Nombre:	<b>FABIOLA AMANDA VARGAS VARGAS</b>		Nombre:	
	Cédula No:	<b>23.418.004</b>		Cédula No:	
	Cargo:	<b>Jefe Oficina Asesora de Planeación y Prospectiva</b>		Cargo y/o vinculación	
<b>SUPERVISOR 2</b>	Firma:		<b>APOYO 2 A LA SUPERVISIÓN EN LA VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA RADICACIÓN DE CUENTAS</b>	Firma:	
	Nombre:			Nombre:	
	Cédula No:			Cédula No:	
	Cargo:			Cargo y/o vinculación	