

 Agricultura Gestión financiera	Formato	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.	20250360	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	625
-----------------	----------	--------------------------------	-----

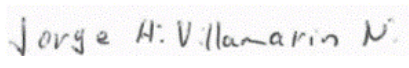
3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	Jorge Humberto Villamarin Naveros
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	80.443.711

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:
25 de febrero de 2025	31 de diciembre de 2025

7.DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	5	de	11	PERIODO	1 de junio 2025 a 30 de junio 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	\$9.000.000		
			\$9.000.000	

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 de Planeación y Prospectiva		
FIRMA SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S)			
	Fecha de Firma Supervisor(es):	30 de junio de 2025	

 Agricultura  Gestión financiera	Formato		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:

- 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.
- COMPROMISO PRESUPUESTAL No:** Escriba el número del Registro Presupuestal del Compromiso, suministrado por el Grupo de Presupuesto.
- NOMBRE DEL CONTRATISTA:** Nombre de la persona natural beneficiaria del pago, para quien se autoriza el desembolso.
- IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:** No. de Cedula de ciudadanía
- FECHA DE INICIO DE EJECUCIÓN:** Escriba la fecha en la cual se da inicio con la ejecución del contrato.
- FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO:** Escriba la fecha en la cual se termina el contrato de acuerdo con la cláusula del acto administrativo.
- 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)
- 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.
- 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)
- 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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80443711	JORGE HUMBERTO VILLAMARIN NAVEROS		Cr 8 H # 166-51 Ap 805 Ed. Alcazar del Rio II	6017479493	jorge_villamarin@hotmail.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	
					EMPLEADOS	UPC
						1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	09/06/2025	86742952	\$1.583.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	680.000	0		0		0	4	1.800	0	681.800	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	870.400	0	0	0	0	4	2.300	0	872.700	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	28.400				28.400	4	100	28.500			284	28.500	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	680.000	681.800
Pensión	1	870.400	872.700
Riesgos Laborales	1	28.400	28.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.578.800	1.583.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80443711	JORGE HUMBERTO VILLAMARIN NAVEROS		Cr 8 H # 166-51 Ap 805 Ed. Alcazar del Rio II	6017479493	jorge_villamarin@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-05	2025-05	I	09/06/2025	86742952	\$1.583.000

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	JOE	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	80443711	VILLAMARIN NAVEROS JORGE HUMBERTO	59	0		N																			25-14	5.440.000	870.400	0	0	0	0	EPS005	5.440.000	680.000	14-23	5.440.000	1	28.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Comprobante en línea
Pago PSE

9 Jun 2025 10:03:37



Pago exitoso
CUS 1540988693

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1

Fecha
9 Jun 2025 10:03:37

Referencia 2
CC

Número de factura
86742952

Referencia 3
80443711

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del Pago
\$1,583,000

Número de comprobante
TR1002088693

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 0880**

Windows taskbar showing search bar, taskbar icons (Calendar, Photos, File Explorer, Edge, Chrome, Firefox, Brave, VLC), system tray (Weather: 13°C, Network, Volume, Language: ESP, Date: 8:21 p.m., 29/06/2025).

Aprobación cuenta de Junio

EliminarArchivarInformar

Compartir en TeamsZoom

...

Aprobación cuenta de Junio

JHV 3 F32...Ana.pdfJHV F07...-2025.pdf

Fabiola Amanda Vargas Vargas

Para: Jorge Humberto Villamarin Naveros

CC: Central De Cuentas

ResponderResponder a todosReenviar

Vie 27/06/2025 9:16

Retención: Directiva_Retención_Exchange (10 años) Expira: Lun 25/06/2035 9:16

JHV 3 F32-PR-GPC-01 Formato ...219 KB

JHV F07-PR-GFI-07_Certificacio...324 KB

2 archivos adjuntos (543 KB)

Guardar todo en OneDrive - Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural

Guardar todos los datos adjuntos

Cordial saludo,

En calidad de supervisora, manifiesto que se revisaron los documentos soporte de pago: informes, evidencias y anexos, verificando el cumplimiento del objeto contractual y que el bien o servicio recibido ha sido entregado a satisfacción. Esto se ha verificado durante el periodo de supervisión correspondiente a los días del mes de junio.

Por lo anterior, otorgo mi visto bueno para que continúe el proceso el pago.

Cordialmente,



Funcionaria – Jefe Oficina Asesora de Planeación y Prospectiva

Fabiola Amanda Vargas Vargas

fabiola.vargas@minagricultura.gov.co

Teléfono Conmutador: (+57) 601 254 33 00

Carrera 7 No. 32-42, piso 11. Ciudadela San Martín

www.minagricultura.gov.co

Si puedes verlo o contarlo, para que imprimirlo.
Conciencia verde es Cero Papel

Buscar

13°C

8:24 p. m.
29/06/2025