

 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.	MADR-2025- 0168	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	21925
-----------------	-----------------	--------------------------------	-------

3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	Karol Paola Montaña Vidal
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	1.032.416.918

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:
3 - 02 - 2025	31-12-2025

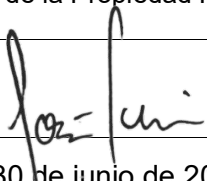
7.DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	5	de	11	PERIODO	1 de junio al 30 de junio de 2025
FACTURA No.:				FECHA:	

8. DATOS DEL DESEMBOLSO					
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO		
10	C - 1799-1100 - 17 - 30206D - 1799053 - 02	\$2.354.000			
10	C - 1799-1100 - 17 - 30206D - 1799067 - 02	\$8.239.000			
10	C - 1799-1100 - 17 - 30206D - 1799073 - 02	\$1.177.000			
			\$11.770.000		

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):	Jose Luis Quiroga Pacheco	
DEPENDENCIA:	Dirección de Ordenamiento Social de la Propiedad Rural y Uso Productivo del Suelo	
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
		Versión: 4
	Certificación y trámite de orden de pago y recibido a satisfacción de contratos de prestación de servicios de personas naturales	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 DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86780283	\$1.370.900	

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	588.500	0		0		0	5	1.900	0	590.400	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	753.300	0	0	0	0	5	2.500	0	755.800	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	24.600				24.600	5	100	24.700			246	24,700	1

TOTALES CAJAS				Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte				

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

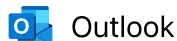
TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	588.500	590.400
Pensión	1	753.300	755.800
Riesgos Laborales	1	24.600	24.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.366.400	1.370.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032416918	KAROL PAOLA MONTAÑO VIDAL		Transversal 15b 46-16 apto 705	3185165028	karovi88@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	11/06/2025	86780283	\$1.370.900

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1032416918	MONTAÑO VIDAL KAROL PAOLA	59	0		N																		230201	4.708.000	753.300	0	0	0	0	EPS008	4.708.000	588.500	14-23	4.708.000	1	24.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



APROBACION_Cuenta de cobro_20250168_KAROL_MONTAÑO_JUNIO

Desde José Luis Quiroga Pacheco <jose.quiroga@minagricultura.GOV.CO>

Fecha Mar 01/07/2025 11:38

Para Karol Paola Montaña Vidal <karol.montano@Minagriculturaco.onmicrosoft.com>

CC Sinddy Tatiana Garcia Pinilla <sinddy.garcia@minagricultura.gov.co>; Recepcion Cuentas Temporal <recepciondecuentastemporal@minagricultura.GOV.CO>

 2 archivos adjuntos (627 KB)

F07-PR-GFI-07_Certificacion_Orden_Pago junio 2025 KPMV.pdf; 3 F32-PR-GPC-01 Informe Ejec junio 2025_KAROL.pdf;

Cordial saludo

En calidad de supervisor manifiesto que se está cumpliendo con el objeto contractual, y se recibió el bien o servicio a satisfacción, por lo cual considero procedente se realice el pago y doy el visto bueno correspondiente.

Quedo atento,
Cordialmente



Director- Dirección de Ordenamiento Social de la
Propiedad Rural y Uso Productivo del Suelo
Viceministro (E) – Viceministerio de Desarrollo
Rural

José Luis Quiroga Pacheco

Jose.quiroga@minagricultura.gov.co

Teléfono Conmutador: (+57) 601 254 33 00

Ciudadela San Martín- Carre 7 No.32- Piso

www.minagricultura.gov.co

Si puedes verlo o contarlo, ¿para qué imprimirlo?

Conciencia verde es Cero Papel

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje

Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

Si

No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	Pago 001	2/3/2025 7:50:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2/28/2025 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	10,985,333 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	Pgo 002	3/1/2025 9:20:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	3/31/2025 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	11,770,000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 003	Pago 003	5/1/2025 2:56:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	5/27/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	11,770,000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 004	Pago 004	5/1/2025 3:30:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	5/31/2025 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	11,770,000 COP	Aceptada	Detalle

Crear