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.	20250032	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	5425

3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	ALEXANDER VILLAMARIN NAVEROS
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	79833834

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:
16/01/2025	31/12/2025

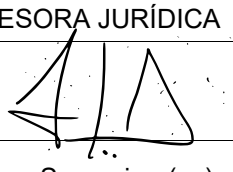
7.DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	7	de	12	PERIODO	1 DE JULIO AL 31 DE JULIO DE 2025
FACTURA No.:				FECHA:	

8. DATOS DEL DESEMBOLSO			
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	
10	C-1799-1100-19-30206D-1799070-02	$ 13.900.000	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
			$ 13.900.000

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):	JORGE ENRIQUE MONCALEANO OSPINA	
DEPENDENCIA:	OFICINA ASESORA JURÍDICA	
FIRMA SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S)		
	Fecha de Firma Supervisor(es):	31/07/2025

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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79833834	ALEXANDER VILLAMARIN NAVEROS	CALLE 40 SUR # 73C-28	2654980	alexandervillamarin@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	25/07/2025	88418312	$1.613.700	

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	695.000	0		0		0	0	0	0	695.000	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	889.600	0	0	0	0	0	0		889.600	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	29.100				29.100	0	0	29.100			291	29.100	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	695.000	695.000
Pensión	1	889.600	889.600
Riesgos Laborales	1	29.100	29.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.613.700	1.613.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79833834	ALEXANDER VILLAMARIN NAVEROS		CALLE 40 SUR # 73C-28	2654980	alexandervillamarin@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	25/07/2025	88418312	$1.613.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	79833834	VILLAMARIN NAVEROS ALEXANDER	59	0			N																	25-14	5.560.000	889.600	0	0	0	0	EPS008	5.560.000	695.000	14-23	5.560.000	1	29.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	001	10/02/2025 3:28:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/01/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	6.950.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	002	28/02/2025 8:17:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	28/02/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	13.900.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	003	4/04/2025 4:40:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	4/04/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	13.900.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 004	004	29/04/2025 7:53:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	29/04/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	13.900.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 005	005	1/06/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	1/06/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	13.900.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 006	006	25 días de tiempo transcurrido *(2/07/2025 6:11:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	4 días de tiempo transcurrido *(24/07/2025 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	13.900.000 COP	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	RP 5425 ALEXANDER VILLAMARIN NAVEROS.pdf	RP 5425 ALEXANDER VILLAMARIN NAVEROS.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ALEXANDER VILLAMARIN CERTIFICADO.pdf	ALEXANDER VILLAMARIN CERTIFICADO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Designación Supervisión Integral del Contrato 20250032.pdf	Designación Supervisión Integral del Contrato 20250032.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Outlook

Aprobación cuenta de cobro e informe de actividades correspondiente a Julio de 2025

Desde Jorge Enrique Moncaleano Ospina <jorge.moncaleano@minagricultura.gov.co>
Fecha Mar 29/07/2025 11:45
Para Alexander Villamarin Naveros <alexander.villamarin@minagricultura.gov.co>
CC Recepcion Cuentas Temporal <recepciondecuentastemporal@minagricultura.GOV.CO>

2 archivos adjuntos (825 KB)
20250032_ALEXANDER_VILLAMARIN_JULIO.pdf; 20250032_ALEXANDER_VILLAMARIN_INFORME_JULIO.pdf;

Buen día

De manera atenta remito aprobación y firma del informe y soportes de la cuenta cobro del contrato 20250032 correspondiente al mes de julio del 2025.

Cordialmente,

Agricultura

Jefe Oficina Asesora Jurídica
Jorge Enrique Moncaleano Ospina
jorge.moncaleano@minagricultura.gov.co
Teléfono Conmutador: (+57) 601 254 33 00
Ciudadela San Martín- Carrera 7 No.32-16
www.minagricultura.gov.co

Si puedes verlo o contarlo, ¿para qué imprimirlo?
Conciencia verde es Cero Papel

De: Alexander Villamarin Naveros <alexander.villamarin@minagricultura.gov.co>
Enviado: lunes, 28 de julio de 2025 16:57
Para: Jorge Enrique Moncaleano Ospina <jorge.moncaleano@minagricultura.gov.co>
Asunto: Adjunto cuenta de cobro e informe de actividades correspondiente a Julio de 2025

Estimado.

De manera atenta adjunto documentación del asunto para su revisión y firma.