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.	20250004	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	2425

3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	INGRID JOHANNA MEDINA RODRIGUEZ
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	1013589106

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:
09-01-2025	31-12-2025

7.DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	10	de	12	PERIODO	01 de octubre 31 de octubre de 2025
FACTURA No.:	N/A			FECHA:	N/A

8. DATOS DEL DESEMBOLSO			
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	
10	A-02-02-02-008-003	$5.000.000	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
			$5.000.000

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	INGRID MEDINA R.

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):	Juanita Martínez Fonseca	
DEPENDENCIA:	GRUPO CONTRATACIÓN- SECRETARIA GENERAL	
FIRMA SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S)		
	Fecha de Firma Supervisor(es):	31 de octubre de 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 operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): INGRID JOHANNA MEDINA RODRIGUEZ
No. Identificación: CC1013589106
Dirección: CALLE 19 # 8-90 ESTE TORRE 9 APRT 101
Telefono: 3152919603
Correo: ingridmedina87@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8389915318

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	INGRID JOHANNA MEDINA RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC1013589106
Número de planilla	8389915318
Fecha pago	2025-10-27
Número de autorización pago	7892336
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2025
Número de Administradoras	4
Total Pagado	630200
Total Intereses de Mora	9700

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	10700	1
230301	Porvenir	324900	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	40700	1
EPS002	Salud Total EPS	253900	1

8389915318

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013589106
APELLIDOS Y NOMBRES: INGRID JOHANNA MEDINA RODRIGUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	2000000	2000000	2000000	2000000	250000	0	320000	0	10500	40000

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE RAZÓN SOCIAL**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**FAX**
CC	1013589106	INGRID JOHANNA MEDINA RODRIGUEZ	CALLE 19 # 8-90 ESTE TORRE 2 APRT 101	3152919603	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**
U	I	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA MES AÑO)**	**NÚMERO RADICACIÓN**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**	**SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
SALUD		**PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF**						
MES	**AÑO**	**MES**	**AÑO**					
9	2025	9	2025	I	27 10 2025	8389915318	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	1	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 1013589106	MEDINA RODRIGUEZ INGRID JOHANNA	59	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS002	$2,000,000	12.50%	$250,000	230301	$2,000,000	16.00%	$320,000	$0
																																$250,000				$320,000	$0

PAGADO

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL	CÓDIGO CCF	IBC CCF	TARIFA CCF	APORTE CCF
1	CC 1013589106	MEDINA RODRIGUEZ INGRID JOHANNA	$0	14-23	$2,000,000	0.52%	1	$10,500	CCF24	$2,000,000	2.00%	$40,000
			$0					$10,500				$40,000

PAGADO

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

PANTALLAZO SECOP

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	Pago 001	1/31/2025 5:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	2/4/2025 11:59:00 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	3,666,667 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	Pago 002	2/28/2025 5:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	3/3/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	5,000,000 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	Pago 003	3/31/2025 5:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	4/2/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	5,000,000 COP	Pagado	Detalle
Pago 004	Pago 004	4/30/2025 5:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	5/2/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	5,000,000 COP	Pagado	Detalle
Pago 005	pago 005	5/31/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	5/29/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	5,000,000 COP	Pagado	Detalle
Pago 006	006	6/30/2025 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	6/27/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	5,000,000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 007	007	7/31/2025 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	7/31/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	5,000,000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 008	008	8/31/2025 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	8/29/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	5,000,000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 009	009	29 días de tiempo transcurrido *(9/30/2025 10:00:00 AM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	28 días de tiempo transcurrido *(10/1/2025 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	5,000,000 COP	Aceptada	Detalle

APROBACIÓN CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 2025



Cuenta de cobro mes de octubre Resumir

JF Juanita Martinez Fonseca

Responder Responder a todos Reenviar

Para: Ingrid Johanna Medina Rodriguez

Mié 29/10/2025 15:52

CC: Andres Leonardo Gonzalez Hernandez; Recepcion Cuentas Temporal

Retención: Directiva_Retención_Onedrive (10 años) Expira: Sáb 27/10/2035 15:52

20250004_Ingrid_Medina_oct... 521 KB

20250004_Ingrid_Medina_oct... 353 KB

2 archivos adjuntos (873 KB) Guardar todo en OneDrive - Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural Descargar todo

Cordial saludo.
En calidad de supervisora manifiesto que se está cumpliendo con el objeto contractual del mes de OCTUBRE de 2025, por lo cual considero procedente se realice el pago correspondiente.
Atentamente,

Agricultura

Coordinadora Grupo de Contratación
Juanita Martínez Fonseca
juanita.martinez@minagricultura.gov.co
Teléfono Conmutador: (+57) 601 254 33 00
Carrera 7 No. 32-42, piso 10. Ciudadela San Martín