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.	20260561	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	57826

3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	Mayra Mercedes Alba García
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	27.591.239

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:
23/01/2026	30/11/2026

7.DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	03	de	11	PERIODO	01 de marzo al 31 de marzo de 2026
FACTURA No.:				FECHA:	

8. DATOS DEL DESEMBOLSO			
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	
11	C-1799-1100-19-30206D-1799054-02 ADQUIS. DE BYS - DOCUMENTOS DE PLANEACIÓN - FORTALECIMIENTO DE LA DIRECCIÓN Y GESTIÓN ESTRATÉGICA SECTORIAL PARA CONSTRUIR LA SOBERANÍA ALIMENTARIA Y MATERIALIZAR EL POTENCIAL PARA LA VIDA EN EL CAMPO COLOMBIANO A NIVEL NACIONAL	$9.000.000	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
			$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	Mayra Mercedes Alba Garcia Firmado digitalmente por Mayra Mercedes Alba Garcia

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 Firmado digitalmente por Fabiola Amanda Vargas Vargas	
	Fecha de Firma Supervisor(es):	01 de abril de 2026

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	27591239
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAYRA MERCEDES ALBA GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 69B N° 24-10 APTO 101	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	05 - INDEPENDIENTE 2
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6011405835**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		178699185

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 576.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 576.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 450.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 450.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 18.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 18.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.044.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.044.800**

Planilla Pagada

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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	FACTURA 01	13/02/2026 5:32:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	11/02/2026 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2.400.000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	Factura 02	13 días de tiempo transcurrido *(17/03/2026 9:32:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	14 días de tiempo transcurrido *(16/03/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	9.000.000 COP	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	RP 57826 MAYRA MERCEDES ALBA GARCIA-U.pdf	RP 57826 MAYRA MERCEDES ALBA GARCIA-U.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	27591239.pdf	27591239.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:05/02/2026

CONTRIBUYENTE	C.C. 27591239	MAYRA MERCEDES ALBA GARCIA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CR 69 B 24 10 Teléfonos: 3112901161

Dirección electrónica: mmag0612@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 23/03/2021 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 23/03/2021

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: NO Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 69202 - Actividades de contabilidad, teneduría de libros, auditoría financiera y asesoría tributaria en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2: 70202 - Actividades de gestión en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

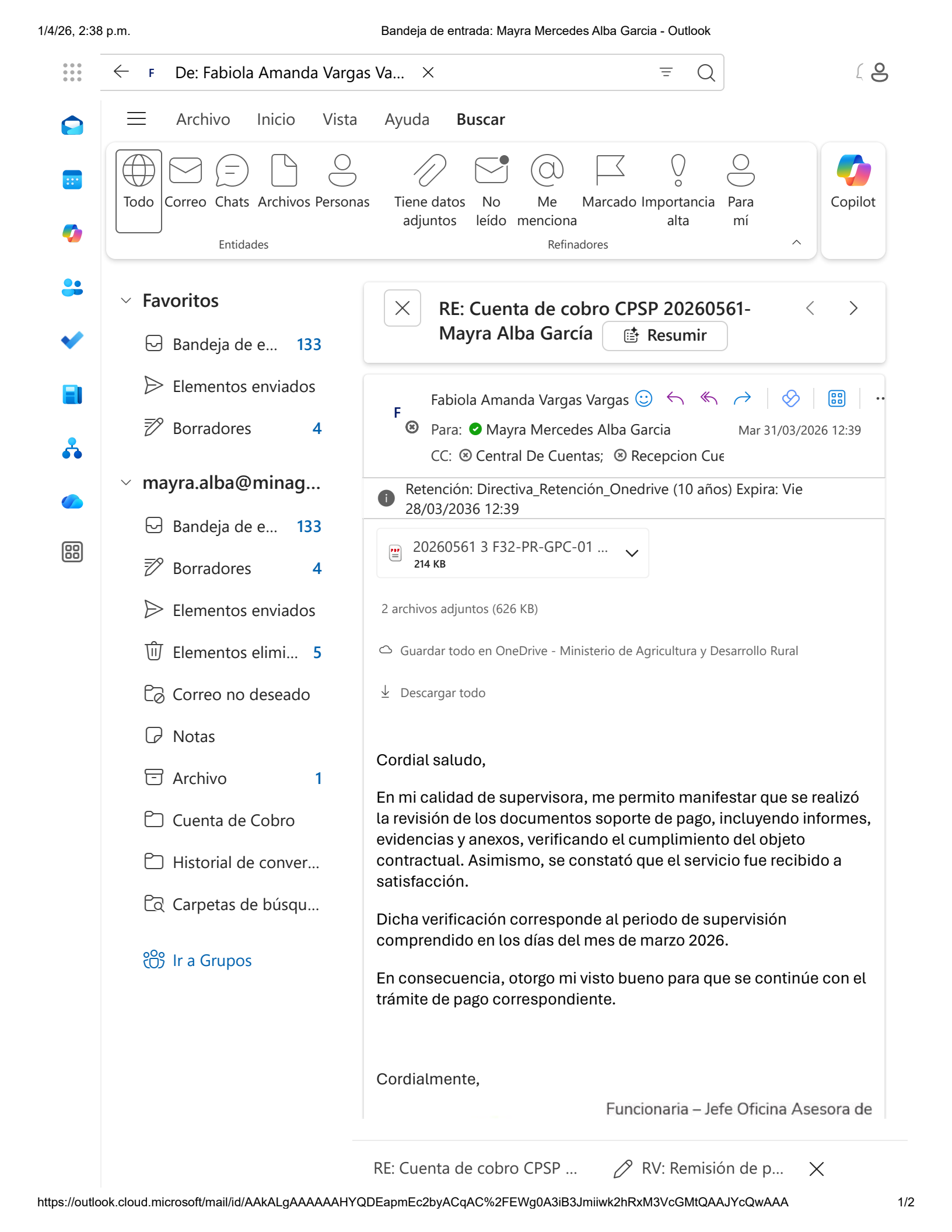
ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD


De: Fabiola Amanda Vargas Va...
Archivo
Inicio
Vista
Ayuda
Buscar
Todo
Correo
Chats
Archivos
Personas
Tiene datos adjuntos
No leído
Me menciona
Marcado
Importancia alta
Para mí
Copilot
Entidades
Refinadores
Favoritos
Bandeja de e... 133
Elementos enviados
Borradores 4
mayra.alba@minag...
Bandeja de e... 133
Borradores 4
Elementos enviados
Elementos elimi... 5
Correo no deseado
Notas
Archivo 1
Cuenta de Cobro
Historial de conver...
Carpetas de búsqu...
Ir a Grupos
RE: Cuenta de cobro CPSP 20260561- Mayra Alba García
Resumir
Fabiola Amanda Vargas Vargas
Para: Mayra Mercedes Alba Garcia
Mar 31/03/2026 12:39
CC: Central De Cuentas; Recepcion Cue
Retención: Directiva_Retención_Onedrive (10 años) Expira: Vie 28/03/2036 12:39
20260561 3 F32-PR-GPC-01 ...
214 KB
2 archivos adjuntos (626 KB)
Guardar todo en OneDrive - Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural
Descargar todo
Cordial saludo,
En mi calidad de supervisora, me permito manifestar que se realizó la revisión de los documentos soporte de pago, incluyendo informes, evidencias y anexos, verificando el cumplimiento del objeto contractual. Asimismo, se constató que el servicio fue recibido a satisfacción.
Dicha verificación corresponde al periodo de supervisión comprendido en los días del mes de marzo 2026.
En consecuencia, otorgo mi visto bueno para que se continúe con el trámite de pago correspondiente.
Cordialmente,
Funcionaria – Jefe Oficina Asesora de
RE: Cuenta de cobro CPSP ...
RV: Remisión de p...