 Agricultura <small>Gestión financiera</small>	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.	20260071	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	60526
-----------------	----------	--------------------------------	-------


3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	CARLOS JULIO CORTES TORRES
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	12.107.151

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	23/01/2026	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2026
----------------------------	------------	--------------------------------	------------

7. DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	03	de	12	PERIODO	01/03/2026 – 31/03/2026
FACTURA No.:				FECHA:	


8. DATOS DEL DESEMBOLSO			
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
11	-1702-1100-19-30101B-1702045-02 ADQUIS.DE BYS - SERVICIO DE ASISTENCIA TÉCNICA - FORTALECIMIENTO COOPERATIVO Y ASOCIATIVO DE LA ACFC, AUMENTO DE LA PRODUCTIVIDAD NACIONAL, TRANSFORMACIÓN PRODUCTIVA Y AGROINDUSTRIALIZACIÓN PARA EL LOGRO DEL ABASTECIMIENTO ALIMENTARIO NACIONAL Y OD	\$7.000.000	
			\$7.000.000

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):	SILVIA JULIANA BECERRA OSTOS		
DEPENDENCIA:	DIRECCION DE CAPACIDADES PRODUCTIVAS Y GENERACION DE INGRESOS		
FIRMA SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S)	SILVIA JULIANA BECERRA OSTOS		Firmado digitalmente por SILVIA JULIANA BECERRA OSTOS
	Fecha de Firma Supervisor(es):	24/04/2026	

 <p>Agricultura</p> <p>Gestión financiera</p>	<h1>Formato</h1>	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:

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.



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-03-11, 10:05:16 a. m. Tipo Planilla | Número Planilla 1079903339

Periodo Cotización 202603

Periodo Servicio 202603

PAGADA 2026-03-11 10:03:02.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS JULIO CORTES TORRES		
Documento	CC 12107151	Dirección	CL 10 #3 - 25
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3115903363
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	RIVERA	Departamento	HUILA
Representante Legal		Total Afiliados	1
		Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 12107151	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00				CORTES TORRES CARLOS JULIO	41615000 - 41		HUILA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Pensión					Salud					Riesgos				Caja			Parafiscales																			
ING	RET	TDE	TAE	TDF	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARPA	Dias CCF	Extranjero	Tipo salario	Salario	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF			
																0	30	30	30	0			\$ 2.800.000	25-14		16 %	\$ 2.800.000	\$ 448.000	\$ 0	\$ 0	ESSC62		12,5 %	\$ 2.800.000	\$ 350.000	\$ 0	14-23	1	0,522 %	\$ 2.800.000	\$ 14.700	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ASMET SALUD	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 448.000	\$ 0	\$ 0	\$ 350.000	\$ 14.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-03-11, 10:02:12 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2026
Empresa	CARLOS JULIO CORTES TORRES
CEDULA CIUDADANIA	CC 12107151
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1079903339
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	131520892
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 812.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 448.000	\$ 0
N900935126	ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	1	\$ 350.000	\$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 14.700	\$ 0
SubTotales:				\$ 812.700	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 812.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Página 1 de 1

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder
de lo SIMPLE!

SECOP II - ACEPTACION CUENTA DE FEBRERO 2026

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	0	23/02/2026 1:32:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	10/02/2026 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	1.866.667 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	02	17 horas de tiempo transcurrido (26/03/2026 7:12:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	14 días de tiempo transcurrido (13/03/2026 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	7.000.000 COP	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

PANTALLAZO INFORMES DE MARZO/2026 APROBADOS POR SUPERVISORA

APROBACIÓN CUENTA 20260071 CARLOS CORTES MARZO [Resumir](#)

Silvia Juliana Becerra Ostos
Para: [Recepcion Cuentas Temporal](#)
CC: [Carlos Julio Cortes Torres](#)
Mié 29/04/2026 8:50

Retención: Directiva_Retención_Exchange (10 años) Expira: Sáb 26/04/2036 8:50

2. MADR INFORME EJECUCI...
Descargado

1. F07-PR-GFI-07_Certificacio...
330 KB

2 archivos adjuntos (568 KB) [Guardar todo en OneDrive - Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural](#) [Descargar todo](#)

Cordial saludo.

Como supervisor del contrato, certifico que se cumplió con el objetivo contractual y que el servicio fue recibido a satisfacción. Por lo tanto, considero procedente realizar el pago correspondiente y doy el visto bueno para dicho trámite.

Cordialmente,


Agricultura

Directora – Capacidades Productivas y Generación de Ingresos.
Silvia Juliana Becerra Ostos
Silvia.becerra@minagricultura.gov.co
Teléfono Conmutador: (+57) 601 254 33 00
Carrera 7 No. 32-42, piso 11. Ciudadela San Martín
www.minagricultura.gov.co