

 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.	20260565	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	226
-----------------	----------	--------------------------------	-----

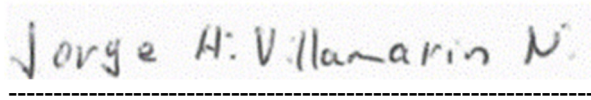
3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	Jorge Humberto Villamarin Naveros
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	80.443.711

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:
13 de enero de 2026	31 de diciembre de 2026

7.DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	4	de	12	PERIODO	1 de abril de 2026 a 30 de abril de 2026
FACTURA No.:				FECHA:	

8. DATOS DEL DESEMBOLSO			
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
1117010	A-02-02-02-008-003-01-9	\$9.000.000	
			\$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	
-------------------	--

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)		
	Fecha de Firma Supervisor(es):	4 de mayo de 2026

 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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80443711	JORGE HUMBERTO VILLAMARIN NAVEROS		Cr 8 H # 166-51 Ap 805 Ed. Alcazar del Rio II	6017479493	jorge_villamarin@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76834533	30/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.594.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	686.900	0		0		0	0	0	0	686.900	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	879.200	0	0	0	0	0	0		879.200	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	28.700				28.700	0	0	28.700			287	28.700	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	686.900	686.900
Pensión	1	879.200	879.200
Riesgos Laborales	1	28.700	28.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.594.800	1.594.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80443711	JORGE HUMBERTO VILLAMARIN NAVEROS		Cr 8 H # 166-51 Ap 805 Ed. Alcazar del Rio II	6017479493	jorge_villamarin@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76834533	30/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.594.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SEN	RSE	LRA	SG	ANC	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 80443711	VILLAMARIN NAVEROS JORGE HUMBERTO	59	0			N																	25-14	5.495.000	30	879.200	0	0	0	0	EPS005	5.495.000	30	686.900	14-23	5.495.000	30	1	28.700	0	0	0	0	0	0	0	0	0

RE: Revisión Informe Cuenta de Cobro Abril 2026

Ignorar Bloquear Eliminar Archivar Informar Responder Responder a todos Reenviar Reunión Zoom Mover Limpia Reglas Pasos rápidos Leído / No Clasificar Marcar Directiva Chincheta Posponer Imprimir Más aplicaciones Ins...

RE: Revisión Informe Cuenta de Cobro Abril 2026

Fabiola Amanda Vargas Vargas
Para: Jorge Humberto Villamarín Naveros
CC: Central De Cuentas; Recepcion Cuentas Temporal

Retención: Directiva_Retención_Exchange (10 años) Expira: Dom 27/04/2036 5:45 PM

20260565 F07-PR-GFI-07_Ce... 20260565 3 F32-PR-GPC-01 ...
220 KB 210 KB

2 archivos adjuntos (429 KB) Guardar todo en OneDrive - Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural Guardar todos los datos adjuntos

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.

Dicha verificación corresponde al periodo de supervisión comprendido en los días del mes de abril 2026.

En consecuencia, otorgo mi visto bueno para que se continúe con el trámite de pago correspondiente.

Cordialmente,

Funcionaria - Jefe Oficina Asesora de Planeación y Prospectiva
Fabiola Amanda Vargas Vargas
fabiola.vargas@minagricultura.gov.co
Teléfono Comutador: (+57) 601 254 33 00
Carrera 7 No. 32-42, piso 11, Ciudadela San Martín
www.minagricultura.gov.co
Si puedes verlo o contactarlo, para que lo imprima.
Concedida verificación en Com Page

Agricultura

Nueva pestaña X Calendario X Rev2 - OneDrive X Documentos X (27) WhatsApp X Resoluciones X MinTrabajo X Actúa como X sufi-gr-dry X Decreto 896 X secop ii - B... X SECOPI X Editar X

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View/Id/UniqueIdentifier/CO1.SLCNTR.16483529

Homepage

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Evitar Menú Administración de contratos Ver contrato

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Ejecución del Contrato

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	001	2/02/2026 11:33:00 AM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	5/02/2026 12:00:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	5.400.000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	002	2/03/2026 12:08:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	2/03/2026 12:00:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	9.000.000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 003	003	29 días de tiempo transcurrido / 10/04/2026 2:01:00 AM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	27/03/2026 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 226 JORGE HUMBERTO VILLAMARIN NAVEROS-U.pdf	RP 226 JORGE HUMBERTO VILLAMARIN NAVEROS-U.pdf	Comprador Descargar Detalle
ARL 80443711.pdf	ARL 80443711.pdf	Comprador Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

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

018000-62-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

17°C Mayormía, nubado

11:27 a.m. 30/04/2026