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.	20240110	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	15624

3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	LAURA MILENA ARROYO LOZANO
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	1.110.555.338

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:
19/01/2024	31/12/2024

7.DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	8	de	12	PERIODO	AGOSTO DE 2024
FACTURA No.:	FE-33			FECHA:	19/08/2024

8. DATOS DEL DESEMBOLSO			
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	
10	C-1799-1100-17-30206D-1799067-02	$10.080.000	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
			$10.080.000

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	Laura M. Arroyo J.

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):	MARTHA CECILIA POMES VILLAMIL	
DEPENDENCIA:	GRUPO DE CONTRATACIÓN – COORDINADORA (E)	
FIRMA SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S)	Firmado digitalmente por MARTHA CECILIA POMES VILLAMIL	
	Fecha de Firma Supervisor(es):	AGOSTO DE 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.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110555338		ARROYO LOZANO LAURA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 6 BIS # 61 - 16 PRADO ALTO	IBAGUE-TOLIMA	2718209	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	854647725	9471445677	I	2024/08/12	2024/08/20	BANCO CAJA SOCIAL	8	$2,062,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$6,828,396	$1,161,000			$6,828,396	$853,600			$0	$0			$6,828,396		$35,700		$0	$0		$2,050,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$6,828,396	$1,161,000			$6,828,396	$853,600			$0	$0			$6,828,396		$35,700		$0	$0		$2,050,300
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)																					$6,828,396	$1,161,000			$6,828,396	$853,600			$0	$0			$6,828,396		$35,700		$0	$0		$2,050,300
1	CC	1110555338	ARROYO LAURA																	25-14	30	$6,828,396	$1,161,000	EPS002	30	$6,828,396	$853,600		0	$0	$0	14-23	30	$6,828,396	0.522%	$35,700	0	$0	$0	No	$2,050,300
Total		**Afiliados(1)**																			$6,828,396	$1,161,000			$6,828,396	$853,600			$0	$0			$6,828,396		$35,700		$0	$0		$2,050,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110555338		ARROYO LOZANO LAURA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 6 BIS # 61 - 16 PRADO ALTO	IBAGUE-TOLIMA	2718209	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	854647725	9471445677	I	2024/08/12	2024/08/20	BANCO CAJA SOCIAL	8	$2,062,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,161,000	$7,100	$0	$1,168,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,161,000	$7,100	$0	$1,168,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,700	$300	$0	$36,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$35,700	$300	$0	$36,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$853,600	$5,100	$0	$858,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$853,600	$5,100	$0	$858,700
TOTAL				**1**	**$2,050,300**	**$12,500**	**$0**	**$2,062,800**

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
bd8bbd40c26592147e82c23c2d1c78349012f56fe00a54e052d460acf827641eb8a789cc0e445317f80dc8e71ea4f2ee

Número de Factura: FE-33
Fecha de Emisión: 19/08/2024
Fecha de Vencimiento: 19/09/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: ARROYO LOZANO LAURA MILENA
Nombre Comercial: ARROYO LOZANO LAURA MILENA
Nit del Emisor: 1110555338
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 6910

País: Colombia
Departamento: Tolima
Municipio / Ciudad: Ibagué
Dirección: CR 6 BIS 61 16 BRR PRADO ALTO
Teléfono / Móvil: 2718209
Correo: lalita_2101@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MINISTERIO DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 899999028
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: AV JIMENEZ 7 A 17
Teléfono / Móvil: 2543300
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co1

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	01	PAGO DE HONORARIOS PRESTACION DE SERVICIOS AGOSTO 2024	NIU	1,00	$ 10.080.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 10.080.000,00

Notas Finales

#$17-01-01-000;20240110;martha.pomes@minagricultura.gov.co#$
Objeto: Prestar servicios profesionales para gestionar y adelantar los tramites jurídicos precontractuales, contractuales y postcontractuales de convenios y contratos que se celebren en el marco del fortalecimiento de la Política de Desarrollo Rural Integral
Periodo a cobrar: AGOSTO 2024
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-08-19 19:15:11
Documento generado el: 2024-08-19 19:15:11
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			10.080.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			10.080.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			10.080.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	10.080.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764076062421 Rango desde: 32 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-01-30