

 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.	20240636	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	161524
-----------------	-----------------	--------------------------------	---------------

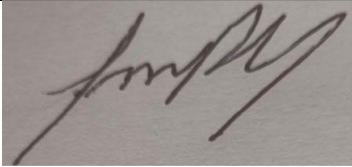
3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	JUAN PABLO ORTIZ GOMEZ
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	91078457

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:
16/04/2024	31/12/2024

7.DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	9	de	9	PERIODO	Diciembre
FACTURA No.:				FECHA:	Enero

8. DATOS DEL DESEMBOLSO			
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
10	C-1709-1100-6-30101B -1709105-02	\$ 5.000.000	
			\$ 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	
-------------------	---

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):	MAYRA ALEJANDRA ARANGUREN ROJAS	
DEPENDENCIA:	Dirección de Cadenas Pecuarias Pesqueras y Acuícolas	
FIRMA SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S)		
	Fecha de Firma Supervisor(es):	

 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

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.

Comprobante de pago en línea

Comercio

APORTES EN LINEA

Número de comprobante

DBPQnuHXOtJv

CUS

1207242086

Fecha y hora

20 enero 2025 12:03:16

Número de factura

9479484183

Descripción del pago

Pago de la Planilla de aportes con clave:
9479484183

Referencia 1

181.55.68.84

Referencia 2

CC

Referencia 3

91078457

Producto origen

****3518

Costo de la transacción

\$ 00.0 COP

Total Pagado: \$ 582,200.0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 91078457		ORTIZ GOMEZ JUAN PABLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 19B#86a-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6245365	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1207242086	9479484183	I	2025/01/16	2025/01/20	BANCOLOMBIA	4	\$582,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 91078457	ORTIZ GOMEZ JUAN PABLO	230301	30	\$2,000,000	\$320,000	EPS005	30	\$2,000,000	\$250,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,000,000	\$10,500	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,000,000	\$320,000			\$2,000,000	\$250,000			\$0	\$0			\$2,000,000	\$10,500		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO							
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$320,000	\$900	\$320,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$320,000	\$900	\$320,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,500	\$100	\$10,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,500	\$100	\$10,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$250,000	\$700	\$250,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$250,000	\$700	\$250,700
TOTAL				1	\$580,500	\$1,700	\$582,200



Mayra Alejandra Aranguren Rojas <mayra.aranguren@minagriculturaco.o...

4:41 PM (51 minutes ago)



to Juan, me, German ▾



Translate to English



Buenas Tardes

En calidad de supervisora manifiesto que de acuerdo con los soportes validados por parte del Coordinador de la Unidad de Seguimiento de Precios de la Leche y con base en las actividades contempladas en el Informe de actividades por parte del contratista, me permito manifestar que se está cumpliendo con el objeto contractual y se ha recibido el bien o servicio a satisfacción para el mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,



Agricultura

Directora- Direccion de Cadenas Pecuarias
Pesqueras y Acuícolas

Mayra Alejandra Aranguren Rojas

mayra.aranguren@minagricultura.gov.co

Teléfono Conmutador: (+57) 601 254 33 00

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	001	7/26/2024 3:10:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	7/26/2024 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2,500,000 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	002	8/29/2024 4:58:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	8/23/2024 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	5,000,000 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	3	9/4/2024 1:44:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	9/17/2024 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	5,000,000 COP	Pagado	Detalle
Pago 004	4	10/2/2024 5:55:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	8/20/2024 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	5,000,000 COP	Pagado	Detalle
Pago 005	5	10/21/2024 10:26:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	10/18/2024 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	5,000,000 COP	Pagado	Detalle
Pago 006	6	11/20/2024 5:13:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	11/1/2024 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	5,000,000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 007	7	12/13/2024 6:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	11/19/2024 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	5,000,000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 008	8	12/20/2024 2:53:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	24 días de tiempo transcurrido (12/27/2024 12:00:00 PM((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	5,000,000 COP	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	AFILIACION ARL - 91078457 .pdf	AFILIACION ARL - 91078457 .pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP 161524 JUAN PABLO ORTIZ (1).pdf	RP 161524 JUAN PABLO ORTIZ (1).pdf	Comprador	Descargar	Detalle