

 <b>Agricultura</b> Gestión financiera	<b>Formato</b>	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.	20250686	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	225825
-----------------	----------	--------------------------------	--------

3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	OSCAR DANILO GÓMEZ
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	79.817.892

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:
23 de julio de 2025	31 de diciembre de 2025

7. DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	5	de	6	PERIODO	01 de noviembre de 2025 al 30 de noviembre 2025
FACTURA No.:				FECHA:	



8. DATOS DEL DESEMBOLSO			
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
10	C-1799-1100-19-30206D-1799054-02	\$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	<i>Oscar Danilo Gómez</i> .....
-------------------	---------------------------------

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):	CAMILO ANDRÉS CASTRO YARA	
DEPENDENCIA:	GRUPO DE COMUNICACIONES Y PRENSA	
FIRMA SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S)	<i>Camilo Andrés Castro Yara</i>	
	Fecha de Firma Supervisor(es):	01 de diciembre de 2025

 <b>Agricultura</b>  Gestión financiera	<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.

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79817892	NÚMERO PLANILLA:	<b>7991308207</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	OSCAR DANILO GOMEZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES noviembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 3 # 139-89 SUR	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1934788509
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1000000	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/18		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO			
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 576.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 576.000	\$ 0	\$ 576.000	
<b>SUBTOTALES:</b>											<b>\$ 576.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 576.000</b>		

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 450.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 450.000	\$ 0	\$ 0	\$ 450.000	
<b>SUBTOTALES:</b>											<b>\$ 450.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 450.000</b>		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 18.800	\$ 18.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 18.800		
<b>SUBTOTALES:</b>											<b>\$ 18.800</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 18.800</b>

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU							
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN
1	CC 79817892	GOMEZ OSCAR DANILO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 3.600.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	3.600.000	\$ 576.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 576.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	3.600.000	\$ 450.000	\$ 0	\$ 450.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	3.600.000	79817892	\$ 18.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 1.044.800**



---

## Aprobación cuenta 20250686 OSCAR DANILO GÓMEZ \_ Noviembre


---

**Desde** Camilo Andres Castro Yara <camilo.castro@minagricultura.GOV.CO>

**Fecha** Sáb 29/11/2025 16:51

**Para** Oscar Danilo Gomez <oscar.gomez@minagricultura.gov.co>

**CC** Recepcion Cuentas Temporal <recepciondecuentastemporal@minagricultura.GOV.CO>

 2 archivos adjuntos (467 KB)

3 F32-PR-GPC-01 Formato Informe Ejec Contratos Prest Serv Prof yo Apoyo a la Gestión V5.pdf; F07-PR-GFI-07\_Certificacion\_Orden\_Pago\_PN\_recibido\_V4 (1).pdf;

En calidad de supervisor manifiesto que se está cumpliendo con el objeto contractual, y se recibió el bien o servicio a satisfacción, por lo cual considero procedente se realice el pago y doy el visto bueno correspondiente.



Funcionario - Grupo de comunicaciones y prensa

**Camilo Andrés Castro Yara**

camilo.castro@minagricultura.gov.co

Teléfono Conmutador: (+57) 601 254 33 00 Ext.

Ciudadela San Martín- Carrera 7 No.32-16 Piso

[www.minagricultura.gov.co](http://www.minagricultura.gov.co)

Si puedes verlo o contarlo, ¿para qué imprimirlo?

Conciencia verde es Cero Papel



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

2 [Condiciones](#)

**VER CONTRATO**

3 [Bienes y servicios](#)

**Ejecución del Contrato**

4 [Documentos del Proveedor](#)

5 [Documentos del contrato](#)

**Plan de Pagos**

6 [Información presupuestal](#)

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

7 **Ejecución del Contrato**

8 [Modificaciones del Contrato](#)

9 [Incumplimientos](#)

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	001	1/08/2025 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	1/08/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.400.000 COP	Aceptada	<a href="#">Detalle</a>
Pago 002	002	1/09/2025 9:46:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2/09/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	9.000.000 COP	Aceptada	<a href="#">Detalle</a>
Pago 003	003	4/11/2025 10:46:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	8/10/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	9.000.000 COP	Aceptada	<a href="#">Detalle</a>
Pago 004	004	16 días de tiempo transcurrido (29/11/2025 12:35:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	4/11/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	9.000.000 COP	Aceptada	<a href="#">Detalle</a>
Pago 005	005	1 hora de tiempo transcurrido (15/12/2025 6:29:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	12 días de tiempo transcurrido (3/12/2025 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	9.000.000 COP	Pendiente de registro	<a href="#">Registro</a> <a href="#">Enviar</a>

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
<input type="checkbox"/> RP 225825 OSCAR DANILO GOMEZ.pdf	RP 225825 OSCAR DANILO GOMEZ.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 79817892 -OSCAR DANILO GOMEZ.pdf	79817892 -OSCAR DANILO GOMEZ.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Designación Supervisión Integral del Contrato 20250686.pdf	Designación Supervisión Integral del Contrato 20250686.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >