 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

1. CONTRATO No.	20260579	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	65526
-----------------	----------	--------------------------------	-------


3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANGELA MARIA FUENTES GUARIN
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	1032489091

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	27/01/2026	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2026
----------------------------	------------	--------------------------------	------------

7. DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	3	de	12	PERIODO	1 AL 31 DE MARZO
FACTURA No.:				FECHA:	


8. DATOS DEL DESEMBOLSO			
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
10	C-1703-1100-8-30101B-1703006-02	\$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):	CAMILO CASTRO YARA	
DEPENDENCIA:	GRUPO DE COMUNICACIONES Y PRENSA	
FIRMA SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S)		
	Fecha de Firma Supervisor(es):	7/04/2026

 Agricultura <hr/> 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:

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*

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032489091	ANGELA MARIA FUENTES GUARIN		carrera 47a#22a-91	4708788	Angela Fuentes97@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73366795	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$2,800,000	\$868.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	350.000	0		0		0	0	0	0	350.000	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	448.000	0	0	0	0	0	0		448.000	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	14.700				14.700	0	0	14.700			147	14.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	56.000	0	0	56.000	1

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	350.000	350.000
Pensión	1	448.000	448.000
Riesgos Laborales	1	14.700	14.700
CCF	1	56.000	56.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	868.700	868.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032489091	ANGELA MARIA FUENTES GUARIN		carrera 47a#22a-91	4708788	Angelafuentes97@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73366795	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$2,800,000	\$868.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TDE	TDP	TAP	VP	SN	ICE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1032489091	FUENTES GUARIN ANGELA MARIA			59	0			N															25-14	2.800.000	30	448.000	0	0	0	0	EPS008	2.800.000	30	350.000	14-23	2.800.000	30	1	14.700	CCF24	2.800.000	30	56.000	0	0	0	0	0	

PAGADA

Aprobación cuenta 20260579 ANGELA MARIA FUENTES GUARIN _ Marzo [Resumir este correo electrónico](#)



Camilo Andres Castro Yara

Para: Angela Maria Fuentes Guarin
CC: Recepcion Cuentas Temporal



Lun 13/04/2026 8:58

Retención: Directiva_Retención_OneDrive (10 años) Expira: Jue 10/04/2036 8:58

20260579 _ANGELA_FUENTE...
441 KB

20260579 _ANGELA MARIA F...
285 KB

2 archivos adjuntos (726 KB) Guardar todo en OneDrive - Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural Descargar todo

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

Administración de Contratos - Ver contrato

Busqueda Buscar...

Escritorio -- Menú -- Administración de contratos -- Ver contrato

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

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	001	9/03/2026 2:23:00 PM (UTC-05:00) <small>Bogotá, Lima, Quito</small>	20/02/2026 12:00:00 PM (UTC-05:00) <small>Bogotá, Lima, Quito</small>	933.333 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	002	8 días de tiempo transcurrido <small>(6/04/2026 9:46:00 AM)(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito</small>	24 días de tiempo transcurrido <small>(20/03/2026 12:00:00 PM)(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito</small>	7.000.000 COP	Aceptada	Detalle

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
<input type="checkbox"/> RP 65526 CTO20260579 ANGELA MARIA FUENTES GUARIN.pdf	RP 65526 CTO20260579 ANGELA MARIA FUENTES GUARIN.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 1032489091.pdf	1032489091.pdf	Comprador	Descargar Detalle