

(LEA PREVIAMENTE EL INSTRUCTIVO)

1. CONTRATO No.

20260588

2. COMPROMISO
PRESUPUESTAL No.

67226

3. NOMBRE DEL CONTRATISTA

OSCAR DANILO GÓMEZ

4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.

79.817.892 de Bogotá D.C.

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:

27 DE ENERO DE 2026

6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:

31 DE DICIEMBRE DE 2026

7. DOCUMENTO SOPORTE

PAGO No.

4

de

12

PERIODO

01 AL 30 DE ABRIL DE 2026

FACTURA No.:

FECHA:

8. DATOS DEL DESEMBOLSO

REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
13	C-1708-1100-3-40403A-1708040-02	\$ 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

Oscar Danilo Gómez

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)

Camilo Andrés Castro Yara

Fecha de Firma Supervisor(es):

04 DE MAYO DE 2026

 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 o alguno de los responsables de la actividad.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 79817892
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	OSCAR DANILO GOMEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 3 # 139-89 SUR	TELÉFONO: 1000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6010943191	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 245982614

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 576.000
SUBTOTAL:					1	\$ 576.000
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL			1	\$ 450.000
SUBTOTAL:					1	\$ 450.000
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			1	\$ 87.700
SUBTOTAL:					1	\$ 87.700

VALOR SIN MORA:	\$ 1.113.700
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 1.113.700



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

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

- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 [Modificaciones del Contrato](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

< >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

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	27/01/2026 12:38:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	02/09/2026 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	1.200.000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	002	02/01/2026 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	03/10/2026 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	9.000.000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 003	003	04/01/2026 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30 días de tiempo transcurrido (8/04/2026 12:00:00 PM((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	9.000.000 COP	Aceptada	Detalle

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
<input type="checkbox"/> RP 67226 - 20260637 OSCAR GÓMEZ.pdf	RP 67226 - 20260637 OSCAR GÓMEZ.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 79817892.pdf	79817892.pdf	Comprador	Descargar Detalle

< >




Aprobación cuenta 20260588 OSCAR DANILO GÓMEZ _ Abril

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

Fecha Vie 8/05/2026 16:04

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

CC Recepcion Cuentas Temporal <repciondecuentastemporal@minagricultura.GOV.CO>

 3 archivos adjuntos (955 KB)

3 F32-PR-GPC-01 Formato Informe Ejec Contratos Prest Serv Prof yo Apoyo a la Gestión V5 (1).pdf; F07-PR-GFI-07_Certificacion_Orden_Pago_PN_recibido_V4 (2).pdf; PAGO SEGURIDAD SOCIAL.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

Si puedes verlo o contarlo, ¿para qué imprimirlo?

Conciencia verde es Cero Papel