 <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.	<b>20260760</b>	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	<b>84126</b>
-----------------	-----------------	--------------------------------	--------------


3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	JHOAN FELIPE LÓPEZ CASTILLO
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	1.061.731.075

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:
30 de enero del 2026	31 de diciembre del 2026

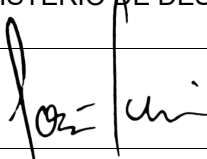
7. DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	4	de	12	PERIODO	Del 1 de abril al 30 de abril del 2026
FACTURA No.:	N/A		FECHA:	N/A	



8. DATOS DEL DESEMBOLSO			
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
11	C-1799-1100-17-30206D-1799053-02	\$ 3.075.000	
11	C-1799-1100-17-30206D-1799067-02	\$ 5.227.500	
11	C-1799-1100-17-30206D-1799073-02	\$ 1.947.500	
			<b>\$10.250.000</b>

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):	JOSE LUIS QUIROGA PACHECO	
DEPENDENCIA:	VICEMINISTERIO DE DESARROLLO RURAL	
FIRMA SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S)		
	Fecha de Firma Supervisor(es):	19 de mayo del 2026

 <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.
  1. **IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:** No. de Cedula de ciudadanía
  2. **FECHA DE INICIO DE EJECUCIÓN:** Escriba la fecha en la cual se da inicio con la ejecución del contrato.
  3. **FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO:** Escriba la fecha en la cual se termina el contrato de acuerdo con la cláusula del acto administrativo.
  4. **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)
  5. **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.
6. **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)
7. **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.**