



## UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA CERTIFICACIÓN DE PAGOS OPS / CPS

|                           |         |
|---------------------------|---------|
| No. REGISTRO PRESUPUESTAL | 8       |
| No. DESTINO PRESUPUESTAL  | 8911700 |

| No. CONTRATO OPS/CPS                                                                                                                                                         | NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA | No. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA | No.TELEFÓNICO DE CONTACTO | VALOR A CANCELAR                                            | PAGO No. | INFORMACIÓN BANCARIA                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0464/2026                                                                                                                                                                    | Daniel Felipe Daza Robayo       | 1.072.708.630                      | 3016644244                | \$5,200,000.00                                              | 02 / 10  | No. Cuenta 94615862147<br>Tipo cuenta <div><div>Ahorros</div><div><input checked="" type="checkbox"/></div><div>Corriente</div></div><br>Nombre del Banco: Bancolombia |
| Entregable No. 02                                                                                                                                                            |                                 |                                    |                           | PERIODO DE PAGO: 26 de marzo de 2026 al 27 de abril de 2026 |          |                                                                                                                                                                        |
| 01. Plan estratégico que incluya objetivos claros, iniciativas y métricas de éxito para el crecimiento de la editorial. Este plan debe ser revisado y ajustado mensualmente. |                                 |                                    |                           |                                                             |          |                                                                                                                                                                        |

El suscrito supervisor de la Orden y/o Contrato de Prestación Servicios, certifico que el contratista relacionado ha cumplido a satisfacción el desarrollo del objeto contractual y las obligaciones establecidas en su contrato, así como con los aportes al Sistema General de Seguridad Social requeridos en el mismo: En virtud de lo anterior, autorizo el pago conforme se estipula en el cuadro anterior.

**MA. Irina Florian Ortiz**  
Editorial Neogranadina - Vicerrectoría de Investigaciones  
3092

| Anexos |                                               |
|--------|-----------------------------------------------|
| x      | Formato Declaración Juramentada               |
| x      | Pago de Seguridad Social(Salud, Pensión, ARL) |
| x      | RUT actualizado en fecha de generación        |

[editorial.neogranadina@unimilitar.edu.co](mailto:editorial.neogranadina@unimilitar.edu.co) EXT:3092

No. de Teléfono y Correo Electrónico del Responsable del Trámite de Pago

Versión Junio 2019

Favor diligenciar en computador, firmar el original y seguir las recomendaciones del instructivo adjunto

### INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN DE PAGO DE ORDENES O CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Este instructivo lo orientará en el diligenciamiento de la certificación de pagos de Ordenes o Contratos de Prestación de Servicios. Recuerde que estas son orientaciones generales y no eximen de la obligación de aplicar los mecanismos de control y supervisión asociados. Tenga en cuenta que la certificación debe ser diligenciada en computador y que no debe tener enmendaduras ni tachaduras.

| CAMPO                                                                    | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No. Registro Presupuestal                                                | Registrar el número del registro presupuestal destinado al cumplimiento de las obligaciones de la OPS/CPS.                                                                                                                |
| No. Destino Presupuestal                                                 | Registrar el número de la unidad responsable o unidad ejecutora del gasto asociado a la OPS/CPS (Conformado por 7 dígitos).                                                                                               |
| No. Contrato OPS/CPS                                                     | Registrar el número de la OPS/CPS según corresponda.                                                                                                                                                                      |
| Nombre completo del contratista                                          | Registrar el nombre completo del contratista.                                                                                                                                                                             |
| No. Identificación del contratista                                       | Registrar el número de identificación del contratista.                                                                                                                                                                    |
| No. Telefónico de contacto                                               | Registrar el número telefónico de contacto del contratista.                                                                                                                                                               |
| Valor a cancelar                                                         | Registrar el valor a pagar en números.                                                                                                                                                                                    |
| Pago No.                                                                 | Establecer el número de pago a realizar respecto al total de pagos programados, tener presente que el NUMERO TOTAL de pagos corresponde a los pagos pactados contractualmente desde la fecha de suscripción del contrato. |
| Información bancaria                                                     | Registrar los datos de la cuenta bancaria en la cual se debe efectuar el depósito citando el número, el tipo de cuenta y el nombre del banco.                                                                             |
| Entregable No.                                                           | Registrar en este campo el número del entregable, conforme lo definido en el contrato.                                                                                                                                    |
| Periodo de pago                                                          | En el caso en que, el pago cubre un período de tiempo, se debe citar la fecha de inicio y fin de este período.                                                                                                            |
| Descripción del entregable y/o actividades                               | Escriba las observaciones a que haya lugar, las cuales deben estar en línea con lo suscrito entre las partes en el contrato.                                                                                              |
| Nombre y firma del Supervisor OPS/CPS                                    | Registrar en la casilla correspondiente la información requerida como es el Nombre, dependencia, No. de extensión y firma por parte del supervisor de la OPS/CPS.                                                         |
| Anexos                                                                   | Marcar con una <b>X</b> los documentos que adjunta a la Certificación de Pagos OPS/CPS.                                                                                                                                   |
| No. de Teléfono y Correo Electrónico del Responsable del Trámite de Pago | Registrar el número telefónico y la dirección de correo electrónico del Supervisor encargado de avalar el trámite de pago.                                                                                                |

**Nota:** En ningún caso, se puede diligenciar, en forma paralela, los campos de Entregable No. y/o Período de pago. Su diligenciamiento deriva de la forma de pago definida en el contrato.