Agricultura 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

(LEA PREVIAMENTE EL INSTRUCTIVO)

1. CONTRATO No.	20250074	2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No.	10225

3. NOMBRE DEL CONTRATISTA	CARLOS FABIAN MENESES PAEZ
4. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No.	1110472454

5. FECHA INICIO EJECUCIÓN:	6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO:
27 DE ENERO DE 2025	31 DE DICIEMBRE DE 2025

7.DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	8	de	12	PERIODO	DEL 01 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO DE 2025
FACTURA No.:				FECHA:	

8. DATOS DEL DESEMBOLSO			
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	
10	C1799-1100-19-30206D-1799054-02	$10.000.000	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
			$10.000.000

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	CARLOS FA BIAN MENESES PAEZ

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):	FABIOLA AMANDA VARGAS VARGAS	
DEPENDENCIA:	Oficina Asesora de Planeación y Prospectiva	
FIRMA SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S)	Fabiola Amanda Vargas Vargas Firmado digitalmente por Fabiola Amanda Vargas Vargas	
	Fecha de Firma Supervisor(es):	01 de Septiembre de 2025

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.