	SOLICITUD DE DESEMBOLSO PAGOS PARCIALES DE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN F-CAM-368. Versión 1. Junio 28 de 2022.

En calidad de interventor y/o supervisor, comedidamente solicito efectuar el siguiente desembolso teniendo en cuenta que se ha cumplido con el objeto y demás requisitos estipulados en el contrato, además verifique lo establecido en el Art. 23 de La ley 1150 de 2007 en la que expresamente se señala que: *"El proponente y el contratista deberán acreditar que se encuentran al día en el pago de aportes parafiscales relativos al sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda"; razón por la cual solicito el pago* de acuerdo con las siguientes especificaciones.

CONTRATO No. 419 FECHA 03/09/2025, SUSCRITO CON OSCAR IVAN MORA QUICENO, IDENTIFICADO CON CC No. 1.077.861.094, SEGÚN CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. 2025000924, EXPEDIDO EL 27/08/2025.

Recursos: Propios __x__ Nación ___

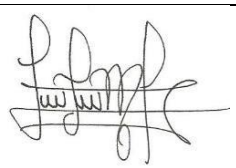
RUBRO PRESUPUESTAL	**FUENTE**
GP1323299329902241371329905423.2.02.02.008	**15004**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 18.171.792
VALOR TOTAL APORTE CAM PARA ESTE RUBRO Y FUENTE:	$ 18.171.792
VALOR RECIBIDOS PARCIAL PARA ESTE RUBRO Y FUENTE:	$0
VALOR DEL PRESENTE PAGO PARA ESTE RUBRO Y FUENTE:	$ 4.542.948
AMORTIZACION ANTICIPO:	$ 0
EQUIVALENTE AL % ACUMULADO; DEL VALOR TOTAL DE ESTE RUBRO	25%
EQUIVALENTE AL % ACUMULADO; DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	25%
TOTAL DESEMBOLSO	$ 4.542.948

Espacio para contratos interadministrativos o interinstitucionales

ENTIDAD COFINANCIADORA	No aplica		
OPERADOR BANCARIO	No aplica	**CUENTA No.**	No aplica

El presente desembolso corresponde al PAGO NO. 01 correspondiente al periodo del 3 de septiembre al 2 de octubre; por concepto de: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, A LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA – CAM, EN EL MARCO DEL PROYECTO "CONTROL, SEGUIMIENTO Y MONITOREO AL USO Y MANEJO DE LOS RECURSOS DE LA OFERTA NATURAL"

Se expide en Garzón a los diez (10) días del mes de Octubre de 2025.

FIRMA SUPERVISOR	
NOMBRE	**LESLYE YUBEY MUÑOZ POLANCO**
CARGO	SUPERVISOR