Ciencias	**SOLICITUD DE DESEMBOLSO O PAGO DE "CONVENIOS/CONTRATOS INTERINSTITUCIONALES"**	**Código:** A206PR08F04 **Versión:** 00 **Fecha:** 2020-02-07

FECHA: **26/12/2025**

Nombre del Contratista:	**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD**			
Nit:	**8999994034**			
No. Contrato / Convenio	**698-2025**			
No. ó Código del Proyecto	**N.A**			
Título del Proyecto	**Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros para la ejecución del Proyecto titulado: "Biomarcadores genómicos para la predicción y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles priorizadas que generan mortalidad prematura en Colombia**			
Entidad Bancaria	**BANCO POPULAR**			
No. Cuenta Destino de los Recursos:	**500808369694**	**Tipo**	Ahorro	
N° Registro Presupuestal y Fecha de expedición	**1325 de fecha 23 de diciembre de 2025**			
Concepto de Pago:	**Financiación vigencia 2025, - Fondo de Investigación en Salud - FIS del Proyecto de Inversión Incremento de la CTI al Desarrollo Social, Económico, Ambiental y Sostenible a Nivel Nacional código del rubro C-3906-1000-2-20201F-3906005-03**			
Correo electrónico de notificación	**Supervisor contrato**	comontealegre@minciencias.gov.co	**Entidad**	dpava@ins.gov.co
Legalización mediante:	Oficio			
Fuente de Financiación	Presupuesto General de la Nación - PGN			

Valor Inicial Contrato / Convenio	7.405.000.000,00
Valor Adición / Reducción (Cuando aplique)	-
Valor Total Contrato / Convenio	7.405.000.000,00

Pago No.	1	**de**	1

N° de Pago	Valor	Saldo por ejecutar	Observaciones
1	7.405.000.000,00	-	
2	-	-	
3	-	-	
4	-	-	

En calidad de Supervisor del contrato citado, manifiesto que el contratista cumplió las condiciones para el desembolso con las obligaciones establecidas en el contrato o sus anexos y por lo tanto autorizo el trámite para el pago por el valor de: $7.405.000.000

CAROLINA OTILIA MONTEALEGRE CASTILLO
DIRECTORA DE GESTIÓN DE RECURSOS PARA LA CTeI
Supervisora

Firma Supervisor

PARA TRÁMITE ÁREA FINANCIERA

CUENTA X PAGAR: _____

OBLIGACION No: _____