| Agricultura<br>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. | 20260544 | 2. COMPROMISO PRESUPUESTAL No. | 27126 |
|---|---|---|---|

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

| 5. FECHA INICIO EJECUCIÓN: | 6. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO: |
|---|---|
| 15 DE ENERO DE 2026 | 30 DE NOVIEMBRE DE 2026 |

| 7.DOCUMENTO SOPORTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO No. | 3 | de | 11 | PERIODO | DEL 01 DE MARZO DE 2026 AL 31 DE MARZO DE 2026 |
| FACTURA No.: | | | | FECHA: | |

| 8. DATOS DEL DESEMBOLSO | | | |
|---|---|---|---|
| REC. | CUENTA OBJETO DE GASTO | VALOR | |
| 11 | **C-1799-1100-19-30206D-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 | <br>CARLOS FABIAN 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 abril de 2026 |

**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.***