Meta Somos la ruta natural	CERTIFICADO AUTORIZACION DE PAGO DEL SUPERVISOR	Código: GAF-F-04-V3
	Proceso Gestión Administrativa y Financiera	Fecha de Vigencia: 08/05/2023

DATOS BASICOS			
N° y fecha del contrato	**564- 2023 28/06/2023**		
Numero proceso SECOP II	**CD-ITM-842-2023**		
Nombre contratista	**FLAVIO DAYAN ROJAS DUEÑAS**	NIT/C.C	**86.076.220**
Objeto	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS Y DE INFORMACIÓN EN LOS ESCENARIOS DE ATRACTIVO TURISTICO DEL DEPARTAMENTO DEL META**		
Supervisor (agregar fila si hay cambio)	**LUIS ARIEL CONTENTO ROJAS**	C.C	**86.058.053**

CONDICIONES INICIALES	
Valor del contrato (letras y números)	TRECE MILLONES CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($13.144.000) M/CTE
Plazo de ejecución:	CUATRO (04) MESES
Fecha de inicio:	01/07/2023
Fecha de terminación:	31/10/2023

MODIFICACIONES			
Cesión:	**NA**	FECHA:	**NA**
Valor de adición:	**NA**	FECHA:	**NA**
Nuevo valor del contrato: (inicial + adición)	**NA**		
Prorrogas	**NA**	FECHA:	**NA**
Total plazo de ejecución (inicial + prorrogas)	**NA**		
Suspensiones	**NA**	FECHA:	**NA**
Reinicios:	**NA**	FECHA:	**NA**
Nueva fecha de terminación del contrato:	**05 de octubre de 2023**		

Periodo de Pago:	Del	01/10/2023	Al	05/10/2023			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	x	No. de Pago	4

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)

Cuatro pagos mensuales de igual valor por la suma de tres millones doscientos ochenta y seis mil pesos ($3.286.000) M/CTE, pagaderos una vez transcurridos cada periodo previo informe de actividades, certificado del supervisor, acreditación de pagos de aportes al sistema de seguridad social integral y demás requeridos por la entidad.

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contrato de Suministro)	**N/A**

Valor Total Autorizado a Pagar			
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISIENTOS SESENTA Y SEIAS PESOS CON 67 CENTAVOS M/CTE.**		
Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a afectar. Inserte filas si requiere.			
No. R.P.	**Rubro Presupuestal**	**Clasificador Presupuestal**	**Valor a Afectar**
000961	20335022000060308	2.3.2.02.02.008	**$547.666,67**
Valor Total Autorizado a Pagar			**$547.666,67**
Anticipo (Letras y Números)	**NA**		
Amortización del Anticipo:			
Valor (Letras y Números)	NA		
Porcentaje: NA	Observaciones:	NA	

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Valor**	**Periodo de Pago**		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
Anticipo	NA	NA	NA	NA
Primer Pago	$3.286.000	01/07/2023	31/07/2023	25%
Segundo Pago	$3.286.000	01/08/2023	31/08/2023	25%
Tercer Pago	$3.286.000	01/09/2023	30/09/2023	25%
Pago Autorizado en el Presente Informe	$547.666,67	01/10/2023	05/10/2023	4,17%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$2.738.333,33	06/10/2023	31/10/2023	20,83%
Valor Total del Contrato Inicial	$13.144.000	01/07/2023	31/10/2023	100%

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	**Valor**	**Periodo de Pago**		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
*Cuarto Pago	NA	NA	NA	NA
*Quinto Pago	NA	NA	NA	NA
Pago Autorizado en el Presente Informe	NA	NA	NA	NA
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	NA	NA	NA	NA
Valor Total de la Adición	NA	NA	NA	NA

Meta Somos la ruta natural	CERTIFICADO AUTORIZACION DE PAGO DEL SUPERVISOR	Código: GAF-F-04-V3
	Proceso Gestión Administrativa y Financiera	Fecha de Vigencia: 08/05/2023

Nota: El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición. Inserte o Elimine filas si requiere. (si no aplica diligenciar N/A)

Valor Total del Contrato (Inicial+Adición)	**13.144.000**

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	**OCTUBRE**
Número de Planilla	**71623836**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	**$1,314,400**
Valor pagado a SALUD	**$164,300**
Valor pagado a PENSIÓN	**$210,400**
Valor pagado a ARL	**$6.900**
Valor pagado a FSP	**NA**
Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna **Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A	

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	**Si N/A**
Certificado expedido por el Representante legal	**NA**
Certificado expedido por el Revisor fiscal	**NA**
Nota: Si es persona natural se diligencia N/A	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, a los dos (02) días del mes de noviembre de 2023

Cordialmente,

LUIS ARIEL CONTENTO ROJAS
Profesional universitario
Supervisor