Meta Somos la ruta natural	CERTIFICADO AUTORIZACION DE PAGO DEL SUPERVISOR	Código: GAF-F-04-V4
	Proceso Gestión Administrativa y Financiera	Fecha de Vigencia: 12/06/2024

DATOS BASICOS			
Número de contrato	284-2024		
Numero proceso SECOP II	CD-ITM-437-2024		
Nombre contratista	**DORA NINFA ORTIZ PEREZ**	NIT/C.C	**40.379.455**
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO A LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL INSTITUTO DE TURISMO DEL META.		
Supervisor (agregar fila si hay cambio)	**NATALIA ALEXANDRA LEYVA QUIJANO**	C.C	**40.439.709**
CONDICIONES INICIALES			
Valor del contrato (letras y números)	**DIECINUEVE MILLONES SETECIENTOS DIECISEIS MIL PESOS MTE. ($19.716.000).**		
Plazo de ejecución:	**SEIS (6) MESES**		
Fecha de inicio:	19/04/2024		
Fecha de terminación:	18/10/2024		
MODIFICACIONES			
Cesión:	**N/A**	FECHA:	**N/A**
Valor de adición:	**N/A**	FECHA:	**N/A**
Nuevo valor del contrato: (inicial + adición)	**N/A**		
Prorrogas	**N/A**	FECHA:	**N/A**
Total plazo de ejecución (inicial + prorrogas)	**N/A**		
Suspensiones	**N/A**	FECHA:	**N/A**
Reinicios:	**N/A**	FECHA:	**N/A**
Nueva fecha de terminación del contrato:	**N/A**		

Periodo de Pago:	Del	19/05/2024		Al	18/06/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo	N/A	Parcial	X	Final		No. de Pago	2

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)

El Instituto de Turismo del Meta, pagará al contratista el valor de ejecución del contrato de la siguiente manera: **SEIS (6) PAGOS** mensuales de igual valor por la suma de **TRES MILLONES DOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS** ($3.286.000.oo.) MTE. Cada pago se realizará una vez transcurrido 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 y números máximo 2 Decimales)	**TRES MILLONES DOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS m/cte. ($3.286.000.00).**		
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**		**Valor a Afectar**
000546	2010202002008		**$3.286.000.oo**
Valor Total Autorizado a Pagar			**$3.286.000.oo**
Anticipo (Letras y Números)		**N/A**	**m/cte. ($)**
Amortización del Anticipo:			
Valor (Letras y Números)		**N/A**	**m/cte. ($)**
Porcentaje: **N/A**	Observaciones:	**N/A**	

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Valor**	**Periodo de Pago**		**% Ejecución financiera**
		Del	**Del**	
Anticipo	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
Primer pago realizado	$1.533.466.67	19/04/2024	2/05/2024	16.67%
	$1.752.533.33	3/05/2024	18/05/2024	
Pago autorizado en el presente informe	$3.286.000.00	19/05/2024	18/06/2024	16.67%
Saldo del contrato pendiente por ejecutar	$13.144.000.00	19/06/2024	18/10/2024	66.66%
Valor total del contrato Inicial	$19.716.000.00	19/04/2024	18/10/2024	100%
Nota: Inserte o Elimine filas si requiere. Si no tiene anticipo diligenciar NA				

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	N/A
Nota: El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continua 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)	**$19.716.000.oo**

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos** (sin intereses)
Periodo Cotizado	**MAYO**
Fecha de pago	19/06/2024
Número de Planilla	78005760
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1.400.000.00
Valor pagado a SALUD	$175.000.00
Valor pagado a PENSIÓN	$224.000.00
Valor pagado a ARL	$7.400.00
Valor pagado a FSP	N/A
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	N/A
Certificado expedido por el Revisor fiscal	N/A
Certificado expedido por Contador Público	N/A
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 diecinueve (19) días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

NATALIA ALEXANDRA LEYVA QUIJANO
Subdirectora General
Supervisor