Meta Somos la ruta natural	**CERTIFICADO AUTORIZACION DE PAGO DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR**	Código: GAF-F-04-V5
	Proceso Gestión Administrativa y Financiera	Fecha de Vigencia: 22/10/2024

DATOS BASICOS			
Número de contrato/Convenio	654 DE 2024		
Numero proceso SECOP II	CD-ITM-1102-2024		
Nombre contratista	UPSURGE BUSINESS GROUP S.A.S R/L: LINA MARCELA CAMPOS GOMEZ	NIT/C.C	NIT. 901.593.790-2 CC 1.121.914.329 DE VILLAVICENCIO
Objeto	"Prestación de servicios de apoyo a la gestión para garantizar la presentación de artistas de genero llanero y popular en el marco al calendario de eventos de las distintas festividades que se desarrollaran en el departamento del Meta."		
Supervisor (agregar fila si hay cambio)	**DANIEL IVAN PARDO**	C.C	86.052.388 DE VILLAVICENCIO
CONDICIONES INICIALES			
Valor del contrato (letras y números)	Ciento diez millones de pesos m/cte ($110.000.000).		
Plazo de ejecución:	CINCO (5) DIAS		
Fecha de inicio:	09/11/2024		
Fecha de terminación:	13/11/2024		

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		

Nota: Si el contrato no tiene modificaciones diligenciar N/A

Periodo de Pago:	Del	09/11/2024		Al	13/11/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	X	No. de Pago	1

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: UN (1) ÚNICO PAGO, conforme a la prestación efectiva de cada presentación, por valor total de CIENTO DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE ($110.000.000), según el análisis del sector realizado para el presente contrato, previo cumplimiento de los requisitos exigidos como: factura de venta y/o cuenta de cobro, certificación del supervisor designado por el Instituto de Turismo que demuestre el cumplimiento de las

obligaciones pactadas y del servicio prestado, acreditación de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y demás requeridos por el supervisor del contrato.
Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

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)	Ciento diez millones de pesos m/cte **($110.000.000).**	
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**
001512	2033502200012020309	$110.000.000
Valor Total Autorizado a Pagar		**$110.000.000**
Anticipo (Letras y Números)	N/A	
Amortización del Anticipo:	N/A	
Valor (Letras y Números)	N/A	
Porcentaje: N/A	Observaciones: N/A	

Nota: Si el contrato no tiene anticipo diligenciar 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**
Pago Autorizado en el Presente Informe	$110.000.000	09/11/2024	13/11/2024	100%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$0.00	N/A	N/A	0%
Valor Total del Contrato Inicial	$110.000.000	09/11/2024	13/11/2024	100%
Nota: Inserte o Elimine filas si requiere. Nota: Si el contrato no tiene modificaciones diligenciar N/A				

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	**Valor**	**Periodo de Pago**		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
*Cuarto Pago realizado	N/A	N/A	N/A	N/A
*Quinto Pago realizado	N/A	N/A	N/A	N/A
Pago Autorizado en el Presente Informe	N/A	N/A	N/A	N/A
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	N/A	N/A	N/A	N/A
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	**$110.000.000**

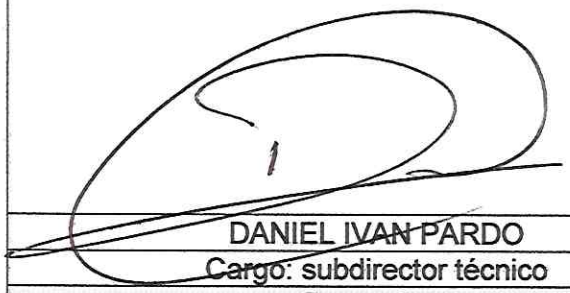
Pagos de Seguridad Social – Persona Natural								
Valor del periodo facturado	**Valor IBC 40%**	**No de planilla**	**Mes o periodo pagado**	**Aporte Salud**	**Aporte Pensión**	**Pago ARL**	**Total Pagado**	**Fecha de pago**
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Nota: a) Relacione las planillas presentadas para cada uno de los periodos facturados b) Si es persona jurídica se diligencia N/A c) Inserte o Elimine filas si requiere d) Los valores de los aportes sin intereses								

Pagos de Seguridad Social – Persona Jurídica		
CONCEPTO	**Aplica**	**No aplica**
Certificado de cumplimiento de pago de seguridad social y aportes legales según art. 50 Ley 789 de 2002 suscrito por el representante legal firma original	x	
Certificado de cumplimiento de pago de seguridad social y aportes legales según art. 50 Ley 789 de 2002 suscrito por el revisor fiscal firma original (cedula, Tarjeta profesional y antecedentes vigentes)		x
Soporte de los pagos de seguridad social (planillas de pago de seguridad social) **Nota:** Los contratos que requieren un personal mínimo para la ejecución del contrato anexar GJC-F-50 Certificación Aportes Sistema Seguridad Social Integral.	x	
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 05 DIC 2024

Cordialmente,



DANIEL IVAN PARDO
Cargo: subdirector técnico
Supervisor