271

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: 15/10/2024

DATOS BASICOS			
Número de contrato/Convenio	456 DEL 26 DE JULIO DE 2024		
Numero proceso SECOP II	MC-ITM-016-2024		
Nombre contratista	PREVENCION INTEGRAL EN SALUD IPS S.A.S R/L GLORIA ESPERANZA TARAZONA GOMEZ	NIT/C.C	NIT. 900547903-9 C.C 60.380.023
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PARA REALIZAR EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES Y APLICACIÓN DE LA BATERÍA DE RIESGO PSICOSOCIAL.		
Supervisor (agregar fila si hay cambio)	**SANDRA HERNANDEZ GUTIERREZ**	C.C	**40.385.671**

CONDICIONES INICIALES			
Valor del contrato (letras y números)	**DIEZ MILLONES DE PESOS ($10.000.000)**		
Plazo de ejecución:	**CINCO (05) MESES**		
Fecha de inicio:	01/08/2024		
Fecha de terminación:	31/12/2024		

MODIFICACIONES			
Cesión:	**N/A**	FECHA:	DD/MM/AAAA
Valor de adición:	**N/A**	FECHA:	DD/MM/AAAA
Nuevo valor del contrato: (inicial + adición)	**N/A**		
Prorrogas	**N/A**	FECHA:	DD/MM/AAAA
Total plazo de ejecución (inicial + prorrogas)	**N/A**		
Suspensiones	**N/A**	FECHA:	DD/MM/AAAA
Reinicios:	**N/A**	FECHA:	DD/MM/AAAA
Nueva fecha de terminación del contrato:	**N/A**		

Periodo de Pago:	Del	01/10/2024		Al	31/10/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	X	Final		No. de Pago	3

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: pagos mensualizados, previa presentación de informe parcial y el último pago se realizara previa suscripción del acta de liquidación y el informe final respectivo, factura de venta, 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 requisitos solicitados 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)	**Novecientos setenta y cinco mil pesos ($975.000)**	
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**
001006	2010202002008	**$975.000**
		$
Valor Total Autorizado a Pagar		**$975.000**
Anticipo (Letras y Números)	**N/A**	
Amortización del Anticipo:		
Valor (Letras y Números)	**N/A**	
Porcentaje: N/A	Observaciones: N/A	

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Valor**	**Periodo de Pago**		**% Ejecución financiera**
		Del	Al	
Anticipo	N/A	N/A	N/A	N/A
Primer pago	$2.072.100	01/08/2024	31/08/2024	20.72%
Segundo pago	$968.100	01/09/2024	30/09/2024	9.68%
Pago autorizado en el presente informe	$975.000	01/10/2024	31/10/2024	9.75%
Saldo Pendiente por Ejecutar	$5.984.800	01/11/2024	31/12/2024	59.85%
Valor total del contrato	$10.000.000	01/08/2024	31/12/2024	100%

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	**Valor**	**Periodo de Pago**		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
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

Valor Total del Contrato (Inicial + Adición)	**N/A**

Pagos de Seguridad Social – Persona Natural

273

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: 15/10/2024

Valor del periodo facturado	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

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	

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

Dado en Villavicencio, el día veinte (20) del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

SANDRA HERNANDEZ GUTIERREZ
Auxiliar de Servicios Generales
Supervisora