Meta Somos la ruta natural	CERTIFICADO AUTORIZACION DE PAGO DEL SUPERVISOR	Código: GAF-F-04-V5
	Proceso Gestión Administrativa y Financiera	Fecha de Vigencia: 15/10/2024

DATOS BASICOS			
Número de contrato/Convenio	650-2024		
Numero proceso SECOP II	CD-ITM-1037-2024		
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)	**CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MTE. ($5.476.667).**		
Plazo de ejecución:	**UN (1) MES Y VEINTE (20) DIAS**		
Fecha de inicio:	7/11/2024		
Fecha de terminación:	26/12/2024		
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	7/11/2024		Al	6/12/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo	**N/A**	Parcial	**X**	Final		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: **DOS (2) PAGOS** así: un pago mensual por valor de **TRES MILLONES DOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS ($3.286.000).,** y UN ULTIMO PAGO proporcional a los días ejecutados 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.
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)	**Tres millones doscientos 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**
001469	2010202002008		**$3.286.000**
Valor Total Autorizado a Pagar			**$3.286.000**
Anticipo (Letras y Números)		**N/A** m/cte. ($)	
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	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**
Primer Pago autorizado en el presente informe	$3.286.000	7/11/2024	6/12/2024	60%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$2.190.667	7/12/2024	26/12/2024	40%
Valor Total del Contrato Inicial	$5.476.667	7/11/2024	26/12/2024	100%

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	**Valor**	**Periodo de Pago**		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
*Cuarto Pago realizado	NA	NA	NA	NA
*Quinto Pago realizado	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

Valor Total del Contrato (Inicial+Adición)	**$5.476.667**

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
$3.286.000	$1.450.000	82431459	NOVIEMBRE	$181.300	$232.000	$7.600	$420.900	6/12/2024

Pagos de Seguridad Social – Persona Jurídica

Meta Somos la ruta natural	CERTIFICADO AUTORIZACION DE PAGO DEL SUPERVISOR	Código: GAF-F-04-V5
	Proceso Gestión Administrativa y Financiera	Fecha de Vigencia: 15/10/2024

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	N/A	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)	N/A	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.	N/A	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 seis (6) días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

NATALIA ALEXANDRA LEYVA QUIJANO
Subdirectora General
Supervisor