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	056 DE 25 DE ENERO DEL 2025		
Numero proceso SECOP II	CD-ITM-083-2025		
Nombre contratista	BACO ADVENTURES SAS R/L GEOVANNY ORLANDO ALFONSO RODRIGUEZ	NIT/C.C	NIT.900.854.896-2 CC. 80.133.783
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A FIN DE GARANTIZAR LA PRESENTACIÓN DE SHOWS DE FLYBOARD ALUSIVOS A LA FERIA AGROINDUSTRIAL, BOVINA, EQUINA Y TURÍSTICA DE EXPOMALOCAS EN SU VERSIÓN 2025		
Supervisor (agregar fila si hay cambio)	**HEBERT FERNANDO CELIS GRANADOS**	C.C	**1.122.649.211**
CONDICIONES INICIALES			
Valor del contrato (letras y números)	**TRESCIENTOS DIECISIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($317.000.000)**		
Plazo de ejecución:	**OCHO (08) DIAS**		
Fecha de inicio:	27/01/2025		
Fecha de terminación:	03/02/2025		
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	27/01//2025	Al	27/01/2025			
Tipo de Pago:	Anticipo	X	Parcial		Final		No. de Pago	01

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)
El INSTITUTO DE TURISMO DEL META pagará el valor del contrato de la siguiente manera: Un desembolso en calidad de pago anticipado, correspondiente al 40% del valor total del contrato, previa aprobación de las garantías. y UN PAGO FINAL equivalente al 60% del valor total del contrato cuando se acredite la ejecución total del pago anticipado, previa certificación de cumplimiento suscrita por el supervisor. El supervisor del contrato deberá verificar para cada pago la ejecución de las actividades a pagar a favor del contratista
Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contrato de Suministro)	NA

Valor Total Autorizado a Pagar		
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números máximo 2 Decimales)	**CIENTO VEINTISÉIS MILLONES DE PESOS MCTE ($126.000.000)**	
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**
000081	2033502200005020308	$126.000.000
Valor Total Autorizado a Pagar		**$126.000.000**

Anticipo (Letras y Números)	**CIENTO VEINTISÉIS MILLONES DE PESOS MCTE ($126.000.000)**
Amortización del Anticipo:	
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	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**
Pago Anticipado Autorizado en el presente informe	$126.000.000	27/01/2025	27/01/2025	39,75%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$191.000.000	28/01/2025	03/02/2025	60,25%
Valor Total del Contrato Inicial	**$317.000.000**	**27/01/2025**	**03/02/2025**	**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**	
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 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)	**$317.000.000**

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	N/A
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 veintiocho (28) días del mes de enero del 2025

Cordialmente,

HEBERT FERNANDO CELIS GRANADOS
Supervisor