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	**784 DE 2024**		
Numero proceso SECOP II	**CD-ITM-1326-2024**		
Nombre contratista	**CORPORACION CIRCULO DE CALIDAD RL ANDERSON GONZALEZ OVALLE**	NIT/C.C	**NIT 900.353.430-3 CC 1.122.118.125**
Objeto	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA GARANTIZAR LA REALIZACION DE UN SHOW DE MUSICA LLANERA CON TEMATICA NAVIDEÑA, COMO ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MARCA META EN EL DEPARTAMENTO DEL META".**		
Supervisor (agregar fila si hay cambio)	**HEBERT FERNANDO CELIS GRANADOS**	C.C	**1.122.649.211**
CONDICIONES INICIALES			
Valor del contrato (letras y números)	**TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS ($32.000.000) M/CTE**		
Plazo de ejecución:	**CINCO (5) DIAS**		
Fecha de inicio:	**21/12/2024**		
Fecha de terminación:	**25/12/2024**		
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	21/12/2024	Al	25/12/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	X	No. de Pago	1

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)

FORMA DE PAGO: El Instituto de Turismo del Meta pagará al contratista el valor de ejecución del contrato de la siguiente manera: UN (01) único pago de igual valor por la suma de TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS ($32.000.000) M/CTE, pagaderos una vez transcurridos el período de ejecución del contrato 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)	**TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS ($32.000.000) M/CTE**	
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**
001799	2033502200013020308	$32.000.000
Valor Total Autorizado a Pagar		**$32.000.000**
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	**Del**	
Anticipo	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
Pago Autorizado en el Presente Informe	$32.000.000	21/12/2024	25/12/2024	100%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$0	**N/A**	**N/A**	0%
Valor Total del Contrato Inicial	$32.000.000	21/12/2024	25/12/2024	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**

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

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)	$32.000.000

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		**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)	**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**
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 Diecisiete (17) días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

HEBERT FERNANDO CELIS GRANADOS
Auxiliar Administrativo
Supervisor