| | | |
|---|---|---|
| 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** | **290-2025-15/04/2025** | | |
| **Numero proceso SECOP II** | CD-ITM-404-2025 | | |
| **Nombre contratista** | **JUAN PABLO TIBAVIJA CUTA** | NIT/C.C | **1.121.873.305** |
| **Objeto** | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO PRESENTADOR EN LAS ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLARAN EN EL MARCO DE LA SEMANA SANTA EN LOS DIFERENTES MUNICIPIOS, EN APOYO AL CALENDARIO DE EVENTOS Y FESTIVIDADES DEL DEPARTAMENTO 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)** | **Tres millones seiscientos mil pesos m/cte. ($3.600.000)** | | |
| **Plazo de ejecución:** | **Ocho (8) días** | | |
| **Fecha de inicio:** | 15/04/2025 | | |
| **Fecha de terminación:** | 22/04/2025 | | |
| **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 | 15/04/2025 | | Al | 22/04/2025 | | | |
| **Tipo de Pago:** | Anticipo | | Parcial | | Final | X | No. de Pago | 1 |

**Forma de Pago:** (Transcribir del contrato)

El Instituto de Turismo del Meta pagara al contratista el valor de ejecución del contrato de la siguiente manera: **UN (01) único pago** de igual valor por la suma de **TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000) M/CTE,** pagaderos una vez transcurridos el periodo 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**

| | | |
|---|---|---|
| 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 |

| | |
|---|---|
| **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 seiscientos mil pesos m/cte. ($3.600.000).** |

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** |
|---|---|---|
| 000569 | 2033502200005020308 | $3.600.000 |
| | **Valor Total Autorizado a Pagar** | **$3.600.000** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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 | $3.600.000 | 15/04/2025 | 22/04/2025 | 100% |
| Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar | $0 | N/A | N/A | 0% |
| Valor Total del Contrato Inicial | **$3.600.000** | **15/04/2025** | **22/04/2025** | **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** | |
| *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 | NA |

**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) | **$3.600.000** |

| **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** |
| $ 3.600.000 | $ 432.000 | 9485599894 | ABRIL | $54.000 | $69.200 | $10.600 | $133.800 | 05/05/2025 |

**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)<br>**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 seis (06) días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

**NATALIA ALEJANDRA LEYVA QUIJANO**
Subdirectora General
**Supervisora**