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

112

DATOS BASICOS			
Número de contrato/Convenio	**537 DEL 03/10/2025**		
Numero proceso SECOP II	CD-ITM-995-2025		
Nombre contratista	**OSCAR EDUARDO GALINDO BETANCOURT**	NIT/C.C	**17.327.279**
Objeto	"Prestación de servicios de apoyo a la gestión para garantizar la presentación de un artista y su agrupación de música tropical y romántica en el Festival Musical del Recuerdo Pedro Daza a realizarse en el municipio de San Martin Meta en el marco del calendario oficial de eventos del 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)	Dieciocho millones de pesos m/cte. ($18.000.000,oo)		
Plazo de ejecución:	Cinco (5) Días		
Fecha de inicio:	03/10/2025		
Fecha de terminación:	07/10/2025		

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	03/10/2025		Al	07/10/2025			
Tipo de Pago:	Anticipo	N/A	Parcial	N/A	Final	X	No. de Pago	01

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: UN (1) UNICO PAGO, previo cumplimiento de los requisitos exigidos como factura de venta y/o cuenta de cobro, 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 requeridos por el supervisor del contrato

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)	**Dieciocho millones de pesos mcte. ($18.000.000,oo).**	
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**
001546	2033502200005020308	$18.000.000
Valor Total Autorizado a Pagar		**$18.000.000**
Anticipo (Letras y Números)	**N/A**	
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 Autorizado en el Presente Informe	$18.000.000	03/10/2025	07/10/2025	100%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$0	N/A	N/A	0%
Valor Total del Contrato Inicial	$18.000.000	03/10/2025	07/10/2025	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)	**$18.000.000**

113

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
$18.000.000	$3.101.760	90597512	Octubre	$ 387.800	$ 496.300	$ 16.200	$ 900.300	14/10/2025
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		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
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 catorce (14) días del mes de octubre de 2025 .

Cordialmente,

HEBERT FERNANDO CELIS GRANADOS
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Supervisor