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			
N° y fecha del contrato	531 del 30 de septiembre de 2025		
Numero proceso SECOP II	MC-ITM-022-2025		
Nombre contratista	AMBULANCIAS DEL LLANO S.A.S. RL VALERIA JARAMILLO GARZÓN	NIT/ C.C	NIT: 822007837 CC 1.066.877.027
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD AREA PROTEGIDA POR EVENTOS Y CONTINGENCIAS QUE OCURRAN AL PERSONAL PERMANENTE Y TRANSITORIO, PROVEEDORES Y CONTRATISTAS DENTRO DE LAS INSTALACIONES Y ADMINISTRATIVAS DEL INSTITUTO DE TURISMO DEL META PARQUE LAS MALOCAS Y BIOPARQUE LOS OCARROS		
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 QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 5.550.000)		
Plazo de ejecución:	TRES (3) MESES sin exceder el 29 de diciembre de 2025		
Fecha de inicio:	7/10/2025		
Fecha de terminación:	29/12/2025		

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	07/10/2025	Al	31/10/2025			
Tipo de Pago:	Anticipo		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: pagos mensuales de conformidad a las solicitudes del supervisor del Contrato, pagaderos previa presentación de informe de actividades, certificado del supervisor, acreditación de pagos de aportes al sistema de seguridad social y demás requeridos por la entidad.

Modificaciones y/o Adiciones:

No aplica

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)	Un millón cuatrocientos ochenta mil pesos ($ 1.480.000) mcte

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**
001539	20102020002008	$ 1.480.000
Valor Total Autorizado a Pagar		$ 1.480.000

Anticipo (Letras y Números)	NA m/cte. ($)
Amortización del Anticipo:	
Valor (Letras y Números)	NA m/cte. ($)
Porcentaje: NA	Observaciones: NA

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	$ 1.480.000	07/10/2025	31/10/2025	26.66%
Saldo pendiente por ejecutar	$ 4.070.000	01/11/2025	29/12/2025	73.34%
Valor Total del Contrato Inicial	$ 5.550.000	07/10/2025	29/12/2025	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	NA	NA	NA	NA
*Quinto Pago	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)	$ 5.550.000

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

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
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
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) **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 25 NOV 2025

Cordialmente,

NATALIA ALEXANDRA LEYVA QUIJANO
Subdirectora General
Supervisora