


	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	430 DEL 14 DE JULIO DEL 2025		
Numero proceso SECOP II	CD-ITM-715-2025		
Nombre contratista	JOSE FALCONERI RINCON SILVA	NIT/C.C	86.059.442
Objeto	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO FINANCIERO Y ECONÓMICO AL INSTITUTO DE TURISMO DEL META EN LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y PRECONTRACTUALES QUE SE ORIGINEN"		
Supervisor (agregar fila si hay cambio)	ANDRES FELIPE DIAZ CUELLAR	C.C	1.018.453.125 de Villavicencio
CONDICIONES INICIALES			
Valor del contrato (letras y números)	TREINTA Y CINCO MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE (\$35.192.000)		
Plazo de ejecución:	CINCO (5) MESES Y DIECISÉIS (16) DÍAS		
Fecha de inicio:	14 DE JULIO DE 2025		
Fecha de terminación:	29 DE DICIEMBRE DE 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		

Periodo de Pago:	Del	01/12/2025	Al	29/12/2025	
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final X
					No. de Pago 6

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: 1) UN (1) PRIMER PAGO correspondiente a los días ejecutados durante el primer mes de ejecución 2) CUATRO (04) PAGOS MENSUALES de igual valor cada uno por la suma de SEIS MILLONES TRECIENTOS SESENTA MIL PESOS MCTE (\$6.360.000) . 3) UN (1) ÚLTIMO PAGO proporcional a los días ejecutados en el último mes, pagaderos una vez transcurridos cada período 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:

	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)		Seis millones ciento cuarenta y ocho mil pesos mtce (\$6.148.000).	
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	
001075	2010202002008	\$6.148.000	
Valor Total Autorizado a Pagar			\$6.148.000
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	NA	NA	NA	NA
Primer Pago Realizado	\$3.604.000	14/07/2025	31/07/2025	10,24%
Segundo Pago Realizado	\$6.360.000	01/08/2025	31/08/2025	18,07%
Tercer Pago Realizado	\$6.360.000	01/09/2025	30/09/2025	18,07%
Cuarto Pago Realizado	\$6.360.000	01/10/2025	31/10/2025	18,07%
Quinto Pago Realizado	\$6.360.000	01/11/2025	30/11/2025	18,07%
Pago Autorizado en el Presente Informe	\$6.148.000	01/12/2025	29/12/2025	17,48%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	\$0	N/A	N/A	0%
Valor Total del Contrato Inicial	\$35.192.000	14/07/2025	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 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)	\$35.192.000
---	---------------------

Pagos de Seguridad Social – Persona Natural



**CERTIFICADO AUTORIZACION DE PAGO
DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR**

Código: GAF-F-04-V5

Proceso Gestión Administrativa y Financiera

Fecha de Vigencia:
15/10/2024

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
\$ 3.604.000	\$ 2.544.000	9488886898	Julio	\$318.000	\$ 407.100	\$ 13.300	\$ 738.400	14/7/2025
\$6.360.000	\$ 2.544.000	9489436065	Agosto	\$318.000	\$ 407.100	\$ 13.300	\$ 738.400	22/08/2025
\$6.360.000	\$ 2.544.000	9490781364	Septiembre	\$318.000	\$ 407.100	\$ 13.300	\$ 738.400	24/09/2025
\$6.360.000	\$ 2.544.000	9493672329	Octubre	\$318.000	\$ 407.100	\$ 13.300	\$ 738.400	27/10/2025
\$6.360.000	\$ 2.544.000	9494155489	Noviembre	\$318.000	\$ 407.100	\$ 13.300	\$ 738.400	21/11/2025
\$6.148.000	\$ 2.544.000	9495165492	Diciembre	\$318.000	\$ 407.100	\$ 13.300	\$ 738.400	02/12/2025

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)		N.A	
Nota: Los contratos que requieren un personal mínimo para la ejecución del contrato anexar GJC-F-50 Certificación Aportes Sistema Seguridad Social Integral.			
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 veintinueve (29) día del mes de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

Nombre: ANDRES FELIPE DIAZ CUELLAR
Cargo: Asesor Jurídico
Supervisor