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	**594-2025 DEL 31/10/2025**		
Numero proceso SECOP II	MC-ITM-027-2025		
Nombre contratista	**WILLIAM ARANGO GARZON**	NIT/C.C	**86.068.354 de Villavicencio**
Objeto	SERVICIO DE ALQUILER DE ESPACIO EN VALLA PUBLICITARIA A FIN DE PROMOCIONAR LA MARCA META "SOMOS LA RUTA NATURAL"		
Supervisor (agregar fila si hay cambio)	**ESTEYMAN ZOTA ORJUELA**	C.C	**86.062.823 de Villavicencio**
CONDICIONES INICIALES			
Valor del contrato (letras y números)	**TREINTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL PESOS MCTE. ($39.204.000)**		
Plazo de ejecución:	**TREINTA (30) DIAS**		
Fecha de inicio:	31/10/2025		
Fecha de terminación:	30/11/2025		

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	31/10/2025	Al	30/11/2025			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	X	No. de Pago	1

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)
El INSTITUTO DE TURISMO DEL META pagará la ejecución del contrato de la siguiente manera: **UN (1) ÚNICO PAGO**, por el 100% del valor del contrato, pagaderos previo informe de actividades, factura o cuenta de cobro, certificado del supervisor, acreditación de pagos de aporte al sistema de seguridad social y parafiscales y demás requeridos por la entidad.
Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contrato de Suministro)	N/A

112

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números máximo 2 Decimales)	**TREINTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL PESOS MCTE. ($39.204.000)**

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
001690	203350220004020308	**$39.204.000**
Valor Total Autorizado a Pagar		**$39.204.000**

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	$39.204.000	31/10/2025	30/11/2025	100%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$0	N/A	N/A	0%
Valor Total del Contrato Inicial	**$39.204.000**	**31/10/2025**	**30/11/2025**	**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)	**$39.204.000**

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
$39.204.000	$3.238.848	92387299	NOVIEMBRE	$404.900	$518.300	$17.000	$940.200	16/12/2025

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

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

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 veintidós (22) días del mes de diciembre de 2025.

Cordialmente,

Esteyman Zota O.

ESTEYMAN ZOTA ORJUELA
Técnico Audiovisual
Supervisor