Meta Somos la ruta natural	CERTIFICADO AUTORIZACIÓN DE PAGO DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR	Código: GAF-F-04-V5
	Proceso Gestión Administrativa y Financiera	Fecha de Vigencia: 15/10/2024

DATOS BÁSICOS			
Número de contrato/Convenio	**140-2026**		
Numero proceso SECOP II	CD-ITM-190-2026		
Nombre contratista	BACO ADVENTURES SAS	NIT	900.584.896-2
	R/L GEOVANNY ORLANDO ALFONSO RODRIGUEZ	CC.	80.133.783
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION A FIN DE GARANTIZAR LA PRESENTACION DE SHOWS DE FLYBOARD EN EL MARCO DE LA FERIA AGROINDUSTRIAL BOVINA EQUINA Y TURISTICA DE EXPOMALOCAS 2026		
Supervisor (agregar fila si hay cambio)	LUIS ARIEL CONTENTO ROJAS	CC.	86.058.053

CONDICIONES INICIALES			
Valor del contrato (letras y números)	Doscientos setenta millones de pesos ($270.000.000) m/cte.		
Plazo de ejecución:	Ocho (08) días		
Fecha de inicio:	26/01/2026		
Fecha de terminación:	02/02/2026		

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	26/01/2026		Al	26/01/2026			
Tipo de Pago:	Anticipo	N/A	Parcial	X	Final	N/A	No. de Pago	1

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)

6.3- FORMA DE PAGO: El INSTITUTO DE TURISMO DEL META pagará el valor del contrato de la siguiente manera: 1) Un desembolso en calidad de pago anticipado, correspondiente al 40% del valor total del contrato, previa aprobación de las garantías. y 2) UN PAGO FINAL equivalente al 60% del valor total del contrato cuando se acredite la ejecución total del pago anticipado, previa certificación de cumplimiento suscrita por el supervisor. El supervisor del contrato deberá verificar para cada pago la ejecución de las actividades, a través de la presentación de cada 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

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)	**CIENTO OCHO MILLONES DE PESOS ($108.000.000)**	
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**
000198	2033502200005020308	$108.000.000
Valor Total Autorizado a Pagar		**$108.000.000**
Anticipo (Letras y Números)	**N/A** **m/cte. ($N/A)**	
Amortización del Anticipo:		
Valor (Letras y Números)	**N/A** **m/cte. ($ 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	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
Pago Anticipado autorizado en el presente informe	$108.000.000	26/01/2026	26/01/2026	40%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$162.000.000	27/01/2026	02/02/2026	60%
Valor Total del Contrato Inicial	**$270.000.000**	**26/01/2026**	**02/02/2026**	**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**	
Pago Autorizado en el Presente Informe	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
Valor Total de la Adición	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
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)	**$270.000.000**

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**
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
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	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	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.	N/A	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 veintisiete (27) días del mes de enero de 2026.

Cordialmente,

LUIS ARIEL CONTENTO ROJAS
Profesional Universitario
Supervisor Contrato 140 de 2026