203

	CERTIFICADO AUTORIZACION DE PAGO DEL SUPERVISOR	Código: GAF-F-04-V5
Meta	Proceso Gestión Administrativa y Financiera	Fecha de Vigencia: 15/10/2024

DATOS BASICOS			
N° y fecha del contrato	231 de 10/06/2026		
Numero proceso SECOP II	MC-ITM-004-2026		
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)	Hebert Fernando Celis Granados	C.C.	1.122.649.211
CONDICIONES INICIALES			
Valor del contrato (letras y números)	CATORCE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MTE ($ 14.950.000)		
Plazo de ejecución:	SEIS (6) MESES Y QUINCE (15) DIAS		
Fecha de inicio:	16/06/2026		
Fecha de terminación:	30/12/2026		
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		

Nota: Si el contrato no tiene modificaciones diligenciar N/A

Periodo de Pago:	Del	16/06/2026		Al	30/06/2026			
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 demas 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 ciento cincuenta mil pesos ($1.150.000) 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**
000607	20102020002008	$ 1.150.000
Valor Total Autorizado a Pagar		$ 1.150.000
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**
Primer pago realizado	$ 1.150.000	16/06/2026	30/06/2026	7.69%
Saldo pendiente por ejecutar	$ 13.800.000	01/07/2026	30/12/2026	92.31%
Valor Total del Contrato Inicial	$ 14.950.000	16/06/2026	30/12/2026	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**	
*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)	$ 14.950.000

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
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 juridica 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 minimo para la ejecucion del contrato anexar GIC-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 veintisiete 27 dias del mes de julio de 2026

Cordialmente,

HEBERT FERNANDO CELIS GRANADOS
Auxiliar Administrativo
Supervisor