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

219

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	01/07/2026	Al	31/07/2026			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	X	Final		No. de Pago	2

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)	Dos millones trescientos mil pesos ($ 2.300.000) 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	$ 2.300.000
Valor Total Autorizado a Pagar		$ 2.300.000
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%
Pago Autorizado en el Presente Informe	$ 2.300.000	01/07/2026	31/07/2026	15.38%
Saldo pendiente por ejecutar	$ 11.500.000	01/08/2026	30/12/2026	76.93%
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**	
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

220

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 veintisiete 27 días del mes de agosto de 2026

Cordialmente,

HEBERT FERNANDO CELIS GRANADOS
Auxiliar Administrativo
Supervisor