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	**397 -2026- 28/08/2026**		
Numero proceso SECOP II	CD-ITM-719-2026		
Nombre contratista	**URIEL ANTONIO TORRES CRUZ**	NIT/C.C	**1.120.501.326**
Objeto	"Prestación de servicios artísticos de un intérprete de música popular, en el marco del evento XIX Festival Cultural y Turístico del Plátano y la Cultura Guayupe a realizarse en el municipio de Fuente de Oro en apoyo al calendario oficial de eventos del departamento del Meta"		
Supervisor (agregar fila si hay cambio)	**HEBERT FERNANDO CELIS GRANADOS**	C.C	**1.122.649.211**
CONDICIONES INICIALES			
Valor del contrato (letras y números)	Nueve millones de pesos m/cte. ($9.000.000,oo)		
Plazo de ejecución:	Cinco (5) dias		
Fecha de inicio:	28/08/2026		
Fecha de terminación:	01/09/2026		
MODIFICACIONES			
Cesión:	**N/A**	FECHA:	**N/A**
Valor de adición:	**N/A**	FECHA:	**N/A**
Nuevo valor del contrato: (inicial + adición)	**N/A**		
Prorroga	**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:	**31/08/2026**		

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

Periodo de Pago:	Del	28/08/2026		Al	31/08/2026			
Tipo de Pago:	Anticipo	N/A	Parcial	N/A	Final	X	No. de Pago	01

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)
El Instituto de Turismo del Meta pagará el valor del contrato de la siguiente manera: UN (1) UNICO PAGO, conforme a la prestación efectiva de la presentación, pagaderos previos a la presentación del 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)	NA

Valor Total Autorizado a Pagar			
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números máximo 2 Decimales)	**NUEVE MILLONES DE PESOS MCTE ($9.000.000,oo)**		
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**
000993	2033502200005020308		$9.000.000
Valor Total Autorizado a Pagar			**$9.000.000**
Anticipo (Letras y Números)		**N/A**	
Amortización del Anticipo:			
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	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**
Pago Autorizado en el Presente Informe	$9.000.000	28/08/2026	31/08/2026	100%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$0	N/A	N/A	0%
Valor Total del Contrato Inicial	$9.000.000	28/08/2026	01/09/2026	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 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)	**$9.000.000**

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
$9.000.000	$175.091	9510587339	AGOSTO	$ 21.900	$ 28.100	$ 1.000	$51.000	01/09/2026
	$1.575.814	9511103027		$197.000	$252.100	$ 8.200	$457.300	15/09/2026
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) **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
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 quince (15) días del mes de septiembre de 2026 .

Cordialmente,

HEBERT FERNANDO CELIS GRANADOS
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Supervisor