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	433 DEL 06 DE OCTUBRE DEL 2026		
Numero proceso SECOP II	CD-ITM-780-2026		
Nombre contratista	**JOSE FALCONERI RINCON SILVA**	NIT/C.C	**86.059.442**
Objeto	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO FINANCIERO Y ECONÓMICO AL INSTITUTO DE TURISMO DEL META EN LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y PRECONTRACTUALES QUE SE ORIGINEN"		
Supervisor (agregar fila si hay cambio)	HARRYS ANDRES TORRES MARIN	C.C	1.121.846.971 de Villavicencio
CONDICIONES INICIALES			
Valor del contrato (letras y números)	DIECIOCHO MILLONES VEINTE MIL PESOS MTCE ($18.020.000).		
Plazo de ejecución:	DOS (2) MESES Y VEINTICINCO (25) DIAS		
Fecha de inicio:	06 DE OCTUBRE DE 2026		
Fecha de terminación:	30 DE DICIEMBRE DE 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)	**DOS (2) MESES Y VEINTICINCO (25) DIAS**		
Suspensiones	**N.A**	FECHA:	**N.A**
Reinicios:	**N.A**	FECHA:	**N.A**
Nueva fecha de terminación del contrato:	**N.A**		

Periodo de Pago:	Del	06/10/2026	Al	05/11/2026			
Tipo de Pago:	**Anticipo**		**Parcial**	**X**	**Final**		**No. de Pago**	**01**

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)
FORMA DE PAGO: El Instituto de Turismo del Meta pagará al contratista el valor de ejecución del contrato de la siguiente manera: **1) DOS (02) PAGOS MENSUALES de** igual valor cada uno por la suma de **SEIS MILLONES TRECIENTOS SESENTA MIL PESOS MCTE ($6.360.000), 2) UN (1) ÚLTIMO PAGO,** proporcional a los días ejecutados en el último mes, pagaderos una vez transcurridos cada período previo 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:

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)	**Seis Millones trescientos sesenta mil pesos m/cte ($6.360.000)**		
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**
001094	2010202002008		$6.360.000
Valor Total Autorizado a Pagar			$6.360.000
Anticipo (Letras y Números)		**N.A**	
Amortización del Anticipo:			
Valor (Letras y Números)		**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	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**
Pago Autorizado en el Presente Informe	$6.360.000	06/10/2026	05/11/2026	35.29%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$11.660.000	06/11/2026	30/12/2026	64.71%
Valor Total del Contrato Inicial	**$18.020.000**	**06/10/2026**	**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 (DD/MM/AAAA AL DD/MM/AAAA)**		**% 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)	**$18.020.000**

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**
$6.360.000	$ 2.544.000	9511591822	OCTUBRE	$318.000	$ 407.100	$ 13.300	$ 738.400	28/09/2026
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 cinco (05) días del mes de Noviembre de 2026.

Cordialmente,

Nombre: HARRYS ANDRES TORRES MARIN
Cargo: Asesor Jurídico
Supervisor