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	**405-2026**		
Numero proceso SECOP II	**CD-ITM-405-2026**		
Nombre contratista	**LEIDY SANCHEZ LOAIZA**	NIT/C.C	**40218856**
Objeto	**"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA COLEGIOS AMIGOS DEL TURISMO - CAT, EN EL DEPARTAMENTO DEL META"**		
Supervisor (agregar fila si hay cambio)	**DANIEL IVAN PARDO**	C.C	**86.052.388 V/CIO**
CONDICIONES INICIALES			
Valor del contrato (letras y números)	**CATORCE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS MCTE ($14.532.000)**		
Plazo de ejecución:	**DOS (02) MESES**		
Fecha de inicio:	**21/09/2026**		
Fecha de terminación:	**20/11/2026**		
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	**21/10/2026**	Al	**31/10/2026**			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	X	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: **1) DOS (02) PAGOS MENSUALES** de igual valor cada uno por la suma de **SIETE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE ($7.266.000).**, pagaderos una vez transcurridos cada periodo 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:	
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)	**DOS MILLONES SEICIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE ($2.664.000).**

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**
001050	2033502200008020309	**$2.664.000**
Valor Total Autorizado a Pagar		**$2.664.000**
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	**N/A**	**NA**	**NA**	**NA**
Primer Pago realizado	**$7.266.000**	**21/09/2026**	**20/10/2026**	**50%**
Pago Autorizado en el Presente Informe	**2.664.000**	**21/10/2026**	**31/10/2026**	**18,33%**
Saldo del Contrato no Ejecutado	**$4.601.000**	**1/11/2026**	**20/11/2026**	**31,67%**
Valor Total del Contrato Inicial	**14.532.000**	**21/09/2026**	**20/11/2026**	**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	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
*Quinto Pago realizado	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
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)	**$14.532.000**

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**
$7.266.000	**$968.800**	**1086085079**	**SEPTIEMBRE**	**$121.100**	**$155.100**	**$5.100**	**$281.300**	**22/10/2026**
2.664.000	**$2,906,400**	**1086085156**	**OCTUBRE**	**$363.300**	**$465.400**	**$15.200**	**843.600**	**22/10/2026**
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								

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 tres (03) días del mes de noviembre de 2026.

Cordialmente,

DANIEL IVAN PARDO
Subdirector Técnico
Supervisor