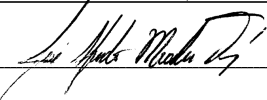


	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CONTRATISTAS							Código: F-GC-016			
								Versión: 2			
								26/02/2024			
INFORMACIÓN BASICA DEL CONTRATO / CONVENIO											
DEPENDENCIA	Secretaría General		NÚMERO DE PAGO		2		MES O PERIODO A PAGAR	Febrero 2024			
NOMBRE/RAZÓN SOCIAL	SALUD OCUPACIONAL SANITAS SAS		No. IDENTIFICACIÓN C.C./ NIT/OTRO		830015429-2		PLAZO EJECUCIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO	FECHA DE INICIO	29/01/2024		
NÚMERO DE CONTRATO	CO1.PCCNTR.5743755							FECHA TERMINACIÓN	28/12/2024		
EL CONTRATO HA TENDIO CESIÓN?	NO		FECHA DE INICIO DE LA CESIÓN		FECHA PRORROGA	N/A					
NOMBRE CONTRATISTA ANTERIOR			LUGAR DE EJECUCIÓN	Bogotá	FECHA SUSPENSIÓN	N/A					
			VALOR HONORARIOS MENSUALES (APLICA PARA CTOS. DE PRESTACION DE SERVICIOS)		PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	11 meses					
OBJETO: Prestar los servicios para realizar exámenes médicos de vinculación (ingreso) y desvinculación (retiro) de los funcionarios de la Unidad de Planeación Minero Energética.											
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL PARA PAGO											
ITEM	No. CDP	FECHA CDP	NUMERO REGISTRO PRESUPUESTAL	FECHA RP	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR ASIGNADO RUBRO PRESUPUESTAL	MODIFICACIONES (ADICIONES/REDUCCIONES)	VALOR FINAL RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR		
1	3324	29/01/2024	4724	18/01/2024	A0210202009003	\$ 12.000.000,00	\$ -	\$12.000.000,00	\$ 1.711.770,00		
2						\$ -	\$ -	\$0,00	\$ -		
3						\$ -	\$ -	\$0,00	\$ -		
TOTALES						\$ 12.000.000,00	\$ -	\$ 12.000.000,00	\$ 1.711.770,00		
SEGUIMIENTO FINANCIERO											
VALOR INICIAL	\$12.000.000,00		VALOR MODIFICACIÓN		\$0,00		VALOR TOTAL CONTRATO	\$12.000.000,00			
PAGOS AUTORIZADOS	\$2.245.970,00		SALDO A PAGAR		\$9.754.030,00		% EJECUCIÓN EN PRESUPUESTO	18,7%			
							% EJECUCIÓN EN TIEMPO	18,0%			
RELACION DE PAGOS											
Pago No. 1		Pago No. 2		Pago No. 3		Pago No. 4		Pago No. 5		Pago No. 6	
\$ 534.200,00		\$ 1.711.770,00		\$ -		\$ -		\$ -		\$ -	
Pago No. 7		Pago No. 8		Pago No. 9		Pago No. 10		Pago No. 11		Pago No. 12	
\$ -		\$ -		\$ -		\$ -		\$ -		\$ -	
Pago No.13		Pago No.14		Pago No.15		Pago No.16		Pago No.17		Pago No.18	
\$ -		\$ -		\$ -		\$ -		\$ -		\$ -	
Pago No.19		Pago No. 20		Pago No. 21		Pago No. 22		Pago No. 23		Pago No. 24	
\$ -		\$ -		\$ -		\$ -		\$ -		\$ -	
GASTOS DE DESPLAZAMIENTO (DILIGENCIAR EN CASO QUE APLIQUE)											
ITEM	LUGAR ORIGEN	LUGAR DE DESTINO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL		NUMERO DIAS	VALOR GASTOS DE DESPLAZAMIENTO	VALOR TRANSPORTE EXTRAORDINARIO (SI APLICA)	VALOR A PAGAR		
1									\$0		
2									\$0		
3									\$0		
TOTALES							\$0,00	\$0,00	\$0,00		
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR											
<p>En informe del Contratista con radicado UPME No. 20241110058622 se presentan las tareas desarrolladas con ocasión a la ejecución del contrato. En cumplimiento de lo anterior, se anexa al presente los siguientes documentos:</p> <p>a. Informe de contratista. Detalle de las actividades desarrolladas durante el periodo de facturación y pago.</p> <p>b. Original de cuenta de cobro No.N/A y/o factura electrónica No. L5-2933 para régimen común.</p> <p>c. Original de certificado de estar al día en el pago de salud, pensión, ARL, y parafiscales, éste último para cuando aplique.</p> <p>d. Formato de Información Tributaria diligenciado y anexos (únicamente primer pago)</p> <p>e. Certificación bancaria (únicamente primer pago)</p> <p>f. RUT y RIT (únicamente primer pago)</p> <p>g. Certificación afiliación ARL (únicamente primer pago)</p> <p>h. Clausulado del contrato (únicamente primero pago)</p> <p>i. Entrada almacén (Si aplica)</p>											
<p>En calidad de supervisor del Contrato /Convenio anotado, manifiesto que el contratista: 1.Cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas 2. Que el contratista desarrollo las actividades descritas en el informe de actividades adjunto. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social realizados por el contratista por medio de la planilla No. _____ periodo de pago _____ y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. Por lo antes certificado y en cumplimiento de la forma de pago del contrato, autorizo la liquidación y pago de la presente cuenta.</p>											
AUTORIZACIÓN DE PAGOS											
NOMBRE DEL SUPERVISOR		Jose Alfredo Morales Diaz			C.C.	1022331975	CARGO	Profesional Especializado 2028 - 19			
NOMBRE DEL SUPERVISOR					C.C.		CARGO				
											
FIRMA DEL SUPERVISOR					FIRMA DEL SUPERVISOR						