UPME	FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CONTRATISTAS	**Código:** F-GC-016 **Fecha:** 19/07/2024 **Versión:** 04

INFORMACIÓN BASICA DEL CONTRATO / CONVENIO

DEPENDENCIA	Secretaria General	**NÚMERO DE PAGO**	8	**MES O PERIODO A PAGAR**	Agosto-septiembre
NOMBRE/RAZÓN SOCIAL	SALUD OCUPACIONAL SANITAS SAS	**No. IDENTIFICACIÓN C.C./ NIT/OTRO**	830015429-2	**FECHA DE INICIO**	29/01/2024
NÚMERO DE CONTRATO	CO1.PCCNTR.5743755			**FECHA TERMINACIÓN**	28/12/2024
EL CONTRATO HA TENIDO 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

PLAZO EJECUCIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO

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	A020202009003	$ 12.000.000,00	$ -	$12.000.000,00	$ 1.734.730,00
2						$ -	$ -	$0,00	$ -
3						$ -	$ -	$0,00	$ -
TOTALES						**$ 12.000.000,00**	**$ -**	**$ 12.000.000,00**	**$ 1.734.730,00**

SEGUIMIENTO FINANCIERO

VALOR INICIAL	$12.000.000,00	**VALOR MODIFICACIÓN**	$0,00	**VALOR TOTAL CONTRATO**	$12.000.000,00
PAGOS AUTORIZADOS	$9.604.070,00	**SALDO A PAGAR**	$2.395.930,00	**% EJECUCIÓN EN PRESUPUESTO**	80,0%
				% EJECUCIÓN EN TIEMPO	81,0%

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	$ 365.070,00	$ 1.395.000,00	$ 1.201.510,00	$ 521.030,00
Pago No. 7	**Pago No. 8**	**Pago No. 9**	**Pago No. 10**	**Pago No. 11**	**Pago No. 12**
$ 730.140,00	$ 1.410.620,00	$ 1.734.730,00	$ -	$ -	$ -
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

En informe del Contratista con radicado UPME No. **20241110249062** se presentan las tareas desarrolladas con ocasión a la ejecución del contrato. En cumplimiento de lo anterior, se anexa al presente los siguientes documentos:
a. Informe de contratista. Detalle de las actividades desarrolladas durante el periodo de facturación y pago.
b. Original de cuenta de cobro No.N/A y/o factura electrónica **No L55707** para régimen común.
c. Certificado del 20 de septiembre de 2024 de **ANDREA STEFANIA ACUÑA RODRIGUEZ Revisor fiscal de SALUD OCUPACIONAL SANITAS S.A.S,** de estar al día en el pago de salud, pensión, ARL, y parafiscales.
d. Formato de Información Tributaria diligenciado y anexos (únicamente primer pago)
e. Certificacion bancaria (únicamente primer pago)
f. RUT y RIT (únicamente primer pago)
g. Certificacion afiliacion ARL (únicamente primer pago)
h. Clausulado del contrato (únicamente primero pago)
i. Entrada almacen N/A

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 liquidacion y pago de la presente cuenta.

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