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

**INFORMACIÓN BASICA DEL CONTRATO / CONVENIO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DEPENDENCIA** | Secretaria General | **NÚMERO DE PAGO** | 11 | | **MES O PERIODO A PAGAR** | Noviembre - Diciembre |
| **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 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 |

**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 | $ 913.000,00 |
| 2 | | | | | | $ - | $ - | $0,00 | $ - |
| 3 | | | | | | $ - | $ - | $0,00 | $ - |
| **TOTALES** | | | | | | **$ 12.000.000,00** | **$ -** | **$ 12.000.000,00** | **$ 913.000,00** |

**SEGUIMIENTO FINANCIERO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR INICIAL** | $12.000.000,00 | **VALOR MODIFICACIÓN** | $0,00 | **VALOR TOTAL CONTRATO** | $12.000.000,00 |
| **PAGOS AUTORIZADOS** | $11.685.960,00 | **SALDO A PAGAR** | $314.040,00 | **% EJECUCIÓN EN PRESUPUESTO** | 97,4% |
| | | | | **% EJECUCIÓN EN TIEMPO** | 90,9% |

**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 | $ 1.168.890,00 | $ 913.000,00 | $ - |
| **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. **20241110314392** 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 L56512** para régimen común.
c. Certificado del 18 de Noviembre 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 (N/A)
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 Díaz** | **C:C.** | **1022331975** | **CARGO** | **Profesional Especializado 2028 - 19** |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR** | | **C:C.** | | **CARGO** | |



**FIRMA DEL SUPERVISOR**

**FIRMA DEL SUPERVISOR**