UPME	FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CONTRATISTAS	**Código:** F-GC-016 **Fecha:** 28/01/2025 **Versión:** 05

INFORMACIÓN BASICA DEL CONTRATO/CONVENIO

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL	SALUD OCUPACIONAL SANITAS SAS	NÚMERO DE PAGO	1	MES O PERIODO A PAGAR	Febrero
		No. IDENTIFICACIÓN C.C./ NIT/OTRO	830015429-2	FECHA DE INICIO	27/01/2025
NÚMERO DE CONTRATO	CO1.PCCNTR.7268839			FECHA TERMINACIÓN (INICIAL)	26/11/2025
¿EL CONTRATO HA TENIDO CESIÓN?	NO	FECHA DE INICIO DE LA CESIÓN	NO APLICA	FECHA FINAL CON PRORROGA	N/A
NOMBRE CONTRATISTA ANTERIOR	NO APLICA	LUGAR DE EJECUCIÓN	Bogotá	FECHAS SUSPENSIÓN	N/A
		VALOR HONORARIOS MENSUALES (APLICA PARA CTOS. DE PRESTACION DE SERVICIOS)	N/A	FECHA TERMINACIÓN ANTICIPADA	N/A
				PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	10 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 AUTORIZADO EN EL MES O PERIODO DE PAGO
1	7725	10/01/2025	9025	20/01/2025	A020202009003	$ 17.292.512,00	$ -	$17.292.512,00	$ 475.797,00
2								$0,00	$ -
3								$0,00	$ -
4								$0,00	$ -
5								$0,00	$ -
6								$0,00	$ -
7								$0,00	$ -
8								$0,00	$ -
9								$0,00	$ -
TOTALES						$ 17.292.512,00	$ -	$17.292.512,00	$ 475.797,00

SEGUIMIENTO FINANCIERO

VALOR INICIAL HONORARIOS (DILIGENCIAR CONFORME AL CLAUSULADO)	$ -	VALOR INICIAL GASTOS DESPLAZAMIENTO (DILIGENCIAR CONFORME AL CLAUSULADO)	$ -	VALOR INICIAL (HONORARIOS+GASTOS DESPLAZAMIENTO)	VERIFIQUE LA SUMA DEL VALOR DE HONORARIOS Y GASTOS DE DESPLAZAMIENTO, DEBE SER IGUAL A LA CELDA K32	FECHA DE CORTE DEL PERIODO A PAGAR	31/03/2025
VALOR MODIFICACIÓN HONORARIOS (ADICIONES/REDUCCIONES)	$ -	VALOR MODIFICACIÓN GASTOS DESPLAZAMIENTO (ADICIONES/REDUCCIONES)	$ -	VALOR TOTAL MODIFICACIONES (ADICIONES/REDUCCIONES)	$ -		
VALOR TOTAL HONORARIOS	$ -	VALOR TOTAL GASTOS DESPLAZAMIENTO	$ -	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VERIFIQUE EL VALOR DE HONORARIOS Y GASTOS DE DESPLAZAMIENTO CON SUS MODIFICACIONES, DEBE SER IGUAL A LA CELDA P32	% EJECUCIÓN EN TIEMPO	21%
PAGOS PROGRAMADOS	$ 475.797	PAGOS PROGRAMADOS	$ -	PAGOS PROGRAMADOS	$ 475.797		
PAGOS AUTORIZADOS	$ -	PAGOS AUTORIZADOS	$ -	PAGOS AUTORIZADOS	$ -		
SALDO A PAGAR	$ -	SALDO A PAGAR	$ -	SALDO A PAGAR	$ -	% EJECUCIÓN EN PRESUPUESTO	#¡VALOR!
SALDO A LIBERAR HONORARIOS	-$ 475.797	SALDO A LIBERAR GASTOS DESPLAZAMIENTO	$ -	SALDO A LIBERAR TOTAL	-$ 475.797		

RELACION DE PAGOS

NÚMERO DE PAGO	PAGO PROGRAMADO HONORARIOS	PAGO EJECUTADO HONORARIOS	VALOR POR EJECUTAR	PAGO PROGRAMADO GASTOS DESPLAZAMIENTO	PAGO EJECUTADO GASTOS DESPLAZAMIENTO	VALOR POR EJECUTAR
Pago No. 1	$ 475.797		$ 475.797	$ -	$ -	$ -
Pago No. 2			$ -			$ -
Pago No. 3			$ -			$ -
Pago No. 4			$ -			$ -
Pago No. 5			$ -			$ -
Pago No. 6			$ -			$ -
Pago No. 7			$ -			$ -
Pago No. 8			$ -			$ -
Pago No. 9			$ -			$ -
Pago No. 10			$ -			$ -
Pago No. 11			$ -			$ -
Pago No. 12			$ -			$ -
TOTAL	$ 475.797	$ -	$ 475.797	$ -	$ -	$ -

DETALLE SALIDAS MENSUALES (DILIGENCIAR UNICAMENTE SI APLICA CON LOS DESPLAZAMIENTOS DEL MES OBJETO DE PAGO)

N° PAGO	LUGAR ORIGEN	LUGAR DE DESTINO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	NUMERO DIAS	GASTOS 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. **20251110027312** 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. Formato vigente en el Sistema de Gestión Institucional - SGI, F-GC-027 Informe de actividades desarrolladas durante el periodo de facturación y pago **N/A**
b. Factura electrónica No.**L57301** obligados a facturar.
c. Formato de Información Tributaria diligenciado y anexos (únicamente primer pago).
d. Certificación bancaria (únicamente primer pago).
e. RUT y RIT (únicamente primer pago).
f. Certificado de afiliación a la ARL (únicamente primer pago). **N/A**
g. Clausulado del contrato (únicamente primer pago).
h. Formato vigente en el Sistema de Gestión Institucional - SGI, F-TH-06 Inducción Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (únicamente primer pago). **N/A**
i. Modificatorio o acta de cesión (si aplica)**. N/A**
j. Formato vigente en el Sistema de Gestión Institucional - SGI, F-GC-030 Paz y salvo para la terminación de los contratos de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión --Persona Natural (último pago).
k. Certificado del 21 de enero de 2025 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.
l. Entrada almacen (Si aplica).

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.

AUTORIZACIÓN DE PAGOS

NOMBRE DEL SUPERVISOR	Jose Alfredo Morales Díaz	C.C.	1022331975	CARGO	Profesional Especializado 2028 - 19	DEPENDENCIA:	Secretaria General
NOMBRE DEL SUPERVISOR		C.C.		CARGO		DEPENDENCIA:	



FIRMA DEL SUPERVISOR

FIRMA DEL SUPERVISOR