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

## INFORMACIÓN BASICA DEL CONTRATO/CONVENIO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE/RAZÓN SOCIAL | SALUD OCUPACIONAL SANITAS SAS | NÚMERO DE PAGO | 3 | MES O PERIODO A PAGAR | Mayo |
| | | 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 | $ 290.730,00 |
| 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 | $ 290.730,00 |

## SEGUIMIENTO FINANCIERO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL HONORARIOS (DILIGENCIAR CONFORME AL CLAUSULADO) | $ 17.292.512 | VALOR INICIAL GASTOS DESPLAZAMIENTO (DILIGENCIAR CONFORME AL CLAUSULADO) | $ - | VALOR INICIAL (HONORARIOS+GASTOS DESPLAZAMIENTO) | $ 17.292.512 | FECHA DE CORTE DEL PERIODO A PAGAR | 31/05/2025 |
| VALOR MODIFICACIÓN HONORARIOS (ADICIONES/REDUCCIONES) | $ - | VALOR MODIFICACIÓN GASTOS DESPLAZAMIENTO (ADICIONES/REDUCCIONES) | $ - | VALOR TOTAL MODIFICACIONES (ADICIONES/REDUCCIONES) | $ - | % EJECUCIÓN EN TIEMPO | 41% |
| VALOR TOTAL HONORARIOS | $ 17.292.512 | VALOR TOTAL GASTOS DESPLAZAMIENTO | $ - | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 17.292.512 | | |
| PAGOS PROGRAMADOS | $ 15.432.801 | PAGOS PROGRAMADOS | $ - | PAGOS PROGRAMADOS | $ 15.432.801 | | |
| PAGOS AUTORIZADOS | $ 1.172.801 | PAGOS AUTORIZADOS | $ - | PAGOS AUTORIZADOS | $ 1.172.801 | % EJECUCIÓN EN PRESUPUESTO | 7% |
| SALDO A PAGAR | $ 16.119.711 | SALDO A PAGAR | $ - | SALDO A PAGAR | $ 16.119.711 | | |
| SALDO A LIBERAR HONORARIOS | $ 1.859.711<br>REVISE LA PROGRAMACIÓN DE PAGOS O RADIQUE SOLICITUD DE LIBERACION SALDO | SALDO A LIBERAR GASTOS DESPLAZAMIENTO | $ - | SALDO A LIBERAR TOTAL | $ 1.859.711 | | |

## 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 | $ 406.274 | $ 406.274 | $ - | | | $ - |
| Pago No. 3 | $ 290.730 | $ 290.730 | $ - | | | $ - |
| Pago No. 4 | $ 1.000.000 | | $ 1.000.000 | | | $ - |
| Pago No. 5 | $ 2.210.000 | | $ 2.210.000 | | | $ - |
| Pago No. 6 | $ 2.210.000 | | $ 2.210.000 | | | $ - |
| Pago No. 7 | $ 2.210.000 | | $ 2.210.000 | | | $ - |
| Pago No. 8 | $ 2.210.000 | | $ 2.210.000 | | | $ - |
| Pago No. 9 | $ 2.210.000 | | $ 2.210.000 | | | $ - |
| Pago No. 10 | $ 2.210.000 | | $ 2.210.000 | | | $ - |
| Pago No. 11 | | | $ - | | | $ - |
| Pago No. 12 | | | $ - | | | $ - |
| TOTAL | $ 15.432.801 | $ 1.172.801 | $ 14.260.000 | $ - | $ - | $ - |

## 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. **20251110120152** 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.**L58425** 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 abril 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