

 JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	FORMATO	
		FO-UGC-12	
		17/05/2024	V.R:1.0

* LA IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UNA COPIA NO CONTROLADA

TIPO DE INFORME:	PARCIAL	FINAL	☒
-------------------------	---------	-------	-------------------------------------

PERIODO DEL INFORME:	Del 03 al 09 de junio de 2025
-----------------------------	-------------------------------

1. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO:	
CONTRATO No:	OSG-0010-JNCI-2025
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA EXPEDICIÓN DE CONCEPTO JURÍDICO Y FINANCIERO PARA LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
NOMBRE CONTRATISTA:	CPA BUSINESS ADVISORY AND AUDIT SERVICES SAS
CÉDULA O NIT DEL CONTRATISTA:	860.502.299-1

2. PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:	Del 03 al 09 de junio de 2025
---------------------------------------	-------------------------------

PRÓRROGAS:	SI	NO	☒
-------------------	----	----	-------------------------------------

ADICIONES:	SI	NO	☒
-------------------	----	----	-------------------------------------

3.	En caso positivo, por favor señalar los Otrosí suscritos con las prórrogas y/o adiciones y las respectivas fechas.
N/A	

4. FECHA DE TERMINACIÓN:	09 de junio de 2025
---------------------------------	---------------------

5. TERMINACIÓN ANTICIPADA:	SI	NO	☒
-----------------------------------	----	----	-------------------------------------

6. VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	4.165.000
---------------------------------------	-----------

7. VALOR FINAL DEL CONTRATO:	4.165.000
-------------------------------------	-----------

8. ¿El contrato tuvo otras modificaciones?	SI	NO	☒
---	----	----	-------------------------------------

En caso positivo, señalar los documentos de modificación.	NA
---	----

9. INFORME SOBRE EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

El objeto del presente contrato era: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA EXPEDICIÓN DE CONCEPTO JURÍDICO Y FINANCIERO PARA LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.**

La Junta Nacional de Calificación de Invalidez es un organismo del Sistema de la Seguridad Social del orden nacional, de creación legal, adscritas al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

Representante legal: Cristian Ernesto Collazos Salcedo
Avenida Carrera 19 No. 102 – 53 Ed Clínica la Sabana
Teléfono: PBX: (601) 7942157 o Cel 3330333774
Correo electrónico servicioalusuario@juntanacional.com

 JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS		FORMATO	
			FO-UGC-12	
			17/05/2024	V.R:1.0

*LA IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UNA COPIA NO CONTROLADA

El contratista dió cumplimiento a la entrega del concepto identificado con el N° 250612-119-JNC de fecha 12/06/2025. N° FOLIOS 06, en el cual se dio respuesta a los siguientes interrogantes:

- La Junta proyecta el presupuesto sobre un número de casos (500 casos por sala); en el momento las salas han calificado un promedio mensual de 640 casos cada una, superando 560 casos adicionales mensuales se cree puedan adicionar esos recursos recibidos de más al presupuesto y apropiarlo para algunos conceptos urgentes.
- Como debe actuar la Junta en contratos que se ejecutan y se pagan en más de una vigencia anual, en consonancia con que la Junta adoptó un documento similar al certificado de disponibilidad presupuestal.
- Es posible apropiar dineros de este año para respaldar contratos que se ejecutarán este año (2025) y el año entrante (2026).

10. SUSPENSIÓN Y REANUDACIÓN DE CONTRATO

No. ACTA:	
Fecha de suscripción de acta de suspensión:	03/06/2025
Fecha de inicio de suspensión del contrato:	N/A
Fecha suscripción acta de reanudación:	N/A
Fecha de reanudación de contrato:	N/A
Motivos de la suspensión:	N/A

11. BALANCE FINANCIERO:

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 4.165.000
VALOR TOTAL EJECUTADO	\$ 4.165.000
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	\$0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA	\$0
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 4.165.000

12. ASPECTOS POR VERIFICAR:

ITEM	SI	NO	EXPLIQUE	N/A
¿El bien o servicio cumplió con las especificaciones técnicas mínimas establecidas en el contrato??	X			
¿El bien o servicio cumplió con las entregas/obligaciones pactadas en el contrato.?	X			
¿El contratista cumplió con las entregas/servicios pactados en el contrato en el tiempo establecido.?	X			

La Junta Nacional de Calificación de Invalidez es un organismo del Sistema de la Seguridad Social del orden nacional, de creación legal, adscritas al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

Representante legal: Cristian Ernesto Collazos Salcedo
Avenida Carrera 19 No. 102 – 53 Ed Clínica la Sabana
Teléfono: PBX: (601) 7942157 o Cel 3330333774
Correo electrónico servicioalusuario@juntanacional.com

 JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS		FORMATO	
			FO-UGC-12	
			17/05/2024	V.R:1.0

*LA IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UNA COPIA NO CONTROLADA

¿Se dio la transferencia de conocimientos o capacitación indicada en el contrato??				X
¿Se llevó a cabo la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes a entera satisfacción??				X
¿Se llevaron a cabo los mantenimientos preventivos o correctivos solicitados a entera satisfacción??				X
¿El contratista respondió a tiempo las solicitudes/requerimientos realizados.?	X			

13. EL CONTRATISTA CUMPLIÓ:	SI	X	NO	
Justifique su respuesta:	El contratista dio cumplimiento a la entrega del concepto identificado con el N° 250612-119-JNC de fecha 12/06/2025. N° FOLIOS 06.			

NOTA: En el caso de que el contratista no cumpla con todas las obligaciones se debe establecer cuales incumplió.

Número de la obligación en el contrato	obligación	Observaciones del incumplimiento

14. RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES

Se recibe a entera satisfacción de XXXX, los bienes o servicios, en las cantidades y calidad establecidas en el contrato.

Ítem	Descripción	Cantidad contratada	Cantidad ejecutada
NA	NA	NA	NA

NOTA: En caso de no recibir a satisfacción los bienes se deben consignar los motivos y las circunstancias. Igualmente, si el contratista no entregó los bienes o hizo entrega parcial se debe detallar

15. RECIBO A SATISFACCIÓN DE SERVICIOS

Con la firma del presente informe se deja constancia que recibo a satisfacción por parte de CPA BUSINESS ADVISORY AND AUDIT SERVICES SAS, los servicios prestados de acuerdo con las obligaciones pactadas en la Orden de Servicio N° **OSG-0010-JNCI-2025**.

La Junta Nacional de Calificación de Invalidez es un organismo del Sistema de la Seguridad Social del orden nacional, de creación legal, adscritas al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

Representante legal: Cristian Ernesto Collazos Salcedo
Avenida Carrera 19 No. 102 – 53 Ed Clínica la Sabana
Teléfono: PBX: (601) 7942157 o Cel 3330333774
Correo electrónico servicioalusuario@juntanacional.com

 JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	FORMATO	
		FO-UGC-12	
		17/05/2024	V.R:1.0

*LA IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UNA COPIA NO CONTROLADA

Como supervisor de la Orden de Servicios, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control técnica, administrativa, financiera y jurídica frente al cumplimiento del objeto del contrato, así como de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales.

Así mismo se deja constancia que el contratista **cumplió** a cabalidad el objeto del contrato y todas sus obligaciones, que los soportes de las actividades desarrolladas **se entregaron** por parte del contratista en **medio digital** y que éstas **cumplieron** con las calidades y cantidades exigidas en el contrato, los cuales fueron remitidos al expediente contractual.

NOTA: Se adjunta al presente informe de supervisión los siguientes documentos:

1. *Certificado de existencia y representación legal*
2. *Copia de documento de identidad representante legal*
3. *Concepto 250612-119-JNCI*
4. *Factura electrónica de venta N° FV 1211*
5. *Declaración juramentada de aportes a seguridad social*
6. *Planilla aportes mes de junio 2025.*

OBSERVACIONES:
FACTURA DE VENTA ELECTRÓNICA N° FV 1211

Por lo anterior se firma en Bogotá a los **04** días del mes de **AGOSTO** de **2025**.

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ESTEPHANY CRUZ SUÁREZ
CARGO DEL SUPERVISOR Y DEPENDENCIA:	GESTOR CONTRACTUAL
FIRMA DEL SUPERVISOR:	