



FORMATO PARA PAGO CÓDIGOAPGRFSFIF001 - INFORME DE ACTIVIDADES



La salud
es de todos

Minsalud

		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO PARA PAGO			
<small>ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE SERVICIOS</small>		<small>CÓDIGO: APGRFSF001</small>	<small>FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 29 DE SEPTIEMBRE DE 2010</small>	<small>PAGINAS 1 DE 1</small>	
FECHA		DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	
EL SUSCRITO INTERVENTOR CERTIFICA: Que el objeto del contrato que se detalla a continuación, se cumplió a satisfacción					
No. Contrato	<input type="text"/>				
Contratista	<input type="text"/>				
No. Nit. (C.C.)	<input type="text"/>				
	Inicial	Adición 1	Adición 2		
No. Certificado de Disponibilidad	<input type="text"/>	Nº <input type="text"/>	Nº <input type="text"/>		
No. Registro Presupuestal	<input type="text"/>	Nº <input type="text"/>	Nº <input type="text"/>		
Valor Contrato	\$ (+) <input type="text"/>	\$ 0 <input type="text"/>	\$ 0 <input type="text"/>		
Valor Ejecutado	\$ (-) <input type="text"/>	\$ 0 <input type="text"/>	\$ 0 <input type="text"/>		
Liberación	\$ <input type="text"/> 0	\$ 0 <input type="text"/>	\$ 0 <input type="text"/>		
Valor a Pagar	\$ (-) <input type="text"/>	\$ 0 <input type="text"/>	\$ 0 <input type="text"/>		
Saldo por Ejecutar	\$ (=) <input type="text"/>	\$ 0 <input type="text"/>	\$ 0 <input type="text"/>		
Factura	<input type="text"/>	Cuenta de Cobro <input type="text"/>	Otro <input type="text"/>		
No.	<input type="text"/>				
Concepto	El/la contratista cumplió con el objeto y las obligaciones consagradas en el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales / de Apoyo a la Gestión N° _____ durante el periodo comprendido entre el día _____ del mes de _____ del año _____, al día _____ del mes de _____ del año _____.				
Pago de Aportes Seguridad Social Integral					
Certificación expedida por el Revisor Fiscal o Representante Legal	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Planilla	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
No. Aplica	<input type="text"/>				
No. de Afiliados	<input type="text"/>	Este campo sólo aplica para los pagos a prestadores de servicios de salud			
Firma de quien Certifica	<input type="text"/>				
Nombre de quien Certifica	<input type="text"/>				
<small>Notas</small> (1) Para el caso de los contratos de salud, se deben diligenciar formatos separados según el tipo de prestación de servicios (POS y PAC). (2) Certificar el campo de "Pago de aportes a la Seguridad Social Integral" (para el caso de personas Jurídicas se acreditara mediante Certificación expedida por el revisor fiscal o Representante Legal según aplique, y en el de personas naturales relacionando el número de la Planilla). (3) En el campo "Concepto" se informa el Objeto del Contrato y/o Orden de Servicios / Periodo a Cancelar.					

CIRCULAR OAJ - 20201300000364

En el ítem denominado *concepto* del FORMATO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO PARA PAGO CÓDIGO:APGRFSFIFO01, se debe incluir la siguiente información:

El/la contratista cumplió con el objeto y las obligaciones consagradas en el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales / de Apoyo a la Gestión N° _____ durante el periodo comprendido entre el día _____ del mes de _____ del año _____, al día _____ del mes de _____ del año _____.

Así, este ítem deberá ser diligenciado de la siguiente manera:

Concepto	El/la contratista cumplió con el objeto y las obligaciones consagradas en el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales / de Apoyo a la Gestión N° _____ durante el periodo comprendido entre el día _____ del mes de _____ del año _____, al día _____ del mes de _____ del año _____.
----------	--

 FONDO DE PASIVO SOCIAL <small>FRONDO PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA</small> ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		 La salud es de todos Minsalud
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O APOYO A LA GESTIÓN		
VERSION: 1.0	CODIGO: APAJUAJIFO	FECHA ACTUALIZACIÓN:	PAGINA 1 DE 1

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA			
C.C.-C.E.-NIT-RUT-ID No.		CONTRATO N°	
PERIODO O PAGO QUE CUBRE EL INFORME			
LUGAR DE EJECUCIÓN (CIUDAD)			
OBJETO DEL CONTRATO:			
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO	EVIDENCIAS DE LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	
_____ FIRMA DEL CONTRATISTA C.C	Visto Bueno Supervisor (diligenciar manual): _____		

MUCHAS GRACIAS