AMC. Área Metropolitana de Cúcuta.	ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	PE-F02-1-14
	CERTIFICACIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES	VERSION 02

Dependencia:	SUBD. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			Número de pago/ Total de pagos:	1/11	Fecha de entrega			
Cuenta		BANCO		Tipo		Periodo a Cobrar	FEBRERO		
Nombre del contratista	SAMI SA RL/ VICTOR GERARDO REYES A			Cedula/NIT	807.002.007		DV	8	

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

Marque con "X"		Número Contrato	001-2022	Fecha de inicio	1-feb-22	Fecha de Suscripción	24-ene-22
ACEP OFERTA	X	Fecha de Terminación	31-dic-22	Duración del contrato	11 MESES	N° CDP: 066	Fecha de CDP 14-ene-22
Contrato		Registro presupuestal No.:	125	Fecha de RP	24-ene-22	Adicional? SI	NO
Resolución		Supervisor	EDILMA CORREDOR HERNANDEZ			N CDP / Fecha	
Factura		No. Rubro	2.1.2.02.02.009.01	Nombre del Rubro	BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS	N RP / Fecha	
Convenio		Objeto del Contrato	SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICOS DOMICILIARIOS A LOS FUNCIONRIOS Y FAMILIARES INSCRITOS DENTRO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL			Cargo del supervisor	SUBD. ADTIVA. Y FINANCIERA

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"

Persona Natural:		Persona Jurídica:	X
Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	
IVA Régimen Común:		Entidad sin ánimo de lucro	
Actividad IICA- Código CIIU:		Tarifa:	

INFORMACIÓN FINANCIERA

Valor Inicial del contrato:	18.015.696
Adición No.1	
Valor Total del contrato:	18.015.696
Valor pagado:	
Valor a pagar en el periodo:	1.637.790
Saldo:	16.377.906
% de avance	9,090906063

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo Pagado			Base de pago de aportes	
No de Planilla				
Fecha de pago				
Valor pagado Salud			Pensionado	
Valor pagado Pensión			SI	NO
Valor pagado Riesgos				
Total Aportes del periodo		0		

ASPECTOS TECNICOS

Actividad desarrollada por el contratista	Evidencia que aporta el contratista
PRESTAR LOS SERVICIOS MEDICOS DOMICILIARIOS A LOS FUNCIONARIOS DEL AMC Y FAMILIARES INSCRITOS DURANTE EL MES DE FEBRERO	N/A

Certifico que las actividades anterioremente mensionadas se ejecutaron conforme a lo establecido en el contrato y fueron revisadas, cuyas evidencias se registran en el informe de actividades y/o soportes, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud, pensión y ARL conforme a las normas vigentes, presentado cuenta de cobro o factura y los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, igualmente certifico que el contratista presento informe y/o evidencias de cumplimiento según las obligaciones pactadas, por lo tanto se autoriza el pago del

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: EDILMA CORREDOR HERNANDEZ
Identificación 37.897.149

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ CON LAS ACTIVIDADES DE SST

SI [ ] NO [ ]

Anexos:

Copia de aportes a seguridad social	SI		NO		
Evidencias Fisicas	SI		NO		
Evidencias digitales	SI		NO		
Cuenta de cobro o Factura	SI	X	NO		
Lugar consulta de las evidencias	Secop II, Expediente físico del contrato				