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:	9/11	Fecha de entrega	10/10/2022		
Cuenta	2001436509	BANCO	DAVIVIENDA	Tipo	CORRIENTE	Periodo a Cobrar	OCTUBRE		
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
						Adicional?	SI		NO
Contrato		Registro presupuestal No.:	125	Fecha de RP	24-ene-22	N CDP		Fecha	
						N RP		Fecha	
Resolución		Supervisor	EDILMA CORREDOR HERNANDEZ			Cargo del supervisor	SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
Factura		No. Rubro	2.1.2.02.02.009.01	Nombre del Rubro	BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS				
Convenio		Objeto del Contrato	SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICOS DOMICILIARIOS A LOS FUNCIONRIOS Y FAMILIARES INSCRITOS DENTRO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL						

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:	13.102.320
Valor a pagar en el periodo:	1.637.790
Saldo:	3.275.586
% de avance	81,8

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo Pagado salud	OCTUBRE		Base de pago de aportes		
Periodo Pagado pensión	SEPTIEMBRE				
No de Planilla	9440972573				
Fecha de pago	4/10/2022				
Valor pagado Salud	4.973.300				
Valor pagado Pensión	19.068.000		Pensionado		
Valor pagado Riesgos	1.097.896		SI	NO	
Total Aportes del periodo	29.791.496			X	

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 OCTUBRE	O

Certifico que las actividades anteriormente 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	