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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dependencia: | Subdirección Administrativa y Financiera | | | Número de pago/ Total de pagos: | 9/11 | Fecha de entrega | 27/10/2022 | | |
| Banco | COLPATRIA | Cuenta | 1012588301 | Tipo | AHORROS | Periodo a Cobrar | 18/09/2022 a 17/10/2022 | | |
| Nombre del contratista | ALIX NATALIA REYES CONTRERAS | | | | | Cedula/NIT | 1.090.485.600 | DV | |

## INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Marque con "X" | | Número Contrato | 057-2022 | Fecha de inicio | 18-ene-22 | Fecha de Suscripción | | 18-ene-22 | |
| OPS | | Fecha de Terminación | 17-dic-22 | Duración del contrato | 11 meses | N° CDP: | 045 | Fecha de CDP | 12-ene-22 |
| Contrato | X | Registro presupuestal No.: | 062 | Fecha de RP | 18-ene-22 | Adicional? | SI X | NO | |
| Resolución | | Supervisor | EDILMA CORREDOR HERNANDEZ | | | N CDP | No.402 | Fecha | 14-sep-22 |
| Factura | | No. Rubro | 2.1.2.02.02.008.01 | Nombre del Rubro | Honorarios | N RP | No.392 | Fecha | 16-sep-22 |
| Convenio | | Objeto del Contrato | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA EFECTUAR ASESORIA JURIDICA A LA DIRECCION DEL AMC EN LOS ASUNTOS JURIDICOS EXTERNOS COMO ALCANCE LA EMISION DE CONCEPTOS JURIDICOS, REQUERIMIENTOS DE ORGANOS DE CONTROL Y ACOMPAÑAMIENTO JURIDICO EN LA GENERACION DE ACTOS ADMINISTRATIVOS | | | Cargo del supervisor | SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | | |

## ASPECTOS TRIBUTARIOS

| Marque con "X" | | | |
|---|---|---|---|
| Persona Natural: | X | Persona Jurídica: | |
| Gran Contribuyente: | | Autoretenedor: | |
| IVA Régimen Común: | X | Entidad sin ánimo de lucro | |
| Actividad IICA- Código CIIU: | 6910 | Tarifa: | |

## INFORMACIÓN FINANCIERA

| | |
|---|---|
| Valor Inicial del contrato: | 32.000.000 |
| Adición No.1 | 12.000.000 |
| Valor Total del contrato: | 44.000.000 |
| Valor pagado: | 32.000.000 |
| Valor a pagar en el periodo: | 4.000.000 |
| Saldo: | 8.000.000 |
| % de avance | 81,81818182 |

## APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo Pagado | SEPTIEMBRE | | | Base de pago de aportes | |
| No de Planilla | 7856251634 | | | 1.600.000 | |
| Fecha de pago | 14-oct-22 | | | | |
| Valor pagado Salud | 202.000 | | | Pensionado | |
| Valor pagado Pensión | 258.500 | | | SI | NO |
| Valor pagado Riesgos | 8.400 | | | | X |
| Total Aportes del periodo | 468.900 | | | | |

## ASPECTOS TECNICOS

| Actividad desarrollada por el contratista | Evidencia que aporta el contratista |
|---|---|
| Proyección de conceptos solicitados por la Oficina Juridica de la Entidad y apoyar en reuniones de comités jurídicos realizados semanalmente, asistencia a la reuniones relacionadas con convenios Interadministrativos , asistencia durante los dias del 11 al 13 de octubre visita técnica de la procuraduria para asuntos especiales | INFORMACION ENVIADA AL CORREO ELECTRONICO |
| Apoyo en la respuesta al derecho de petición realizado por la Subsecretaria de Vías e infraestructura | |
| Proyección de respuesta a derecho de petición presentado Jhan Carlos Castaño | |
| Asistencia a reunión con delegada de la Contraloría General de la República, el dia 12 de octubre de 2022, acompañamiento, respuestas y presentación de documentación requerida | |

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 periodo cobrado.

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: EDILMA CORREDOR HERNANDEZ

Identificación 37.897.149

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ CON LAS ACTIVIDADES DE SST

SI [X] NO [ ]

Anexos:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Copia de aportes a seguridad social | SI | X | NO | |
| Evidencias Fisicas | SI | X | NO | |
| Evidencias digitales | SI | X | NO | |
| Cuenta de cobro o Factura | SI | X | NO | |

Lugar consulta de las evidencias: Secop II, Expediente físico del contrato