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:	10/11	Fecha de entrega	2/11/2022		
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
Contrato		Registro presupuestal No.:	125	Fecha de RP	24-ene-22	Adicional?	SI		NO
						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:	14.740.110
Valor a pagar en el periodo:	1.637.790
Saldo:	1.637.796
% de avance	90,9

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

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

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 fisico del contrato			