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

Dependencia:	Subdirección de Transporte Público			**Número de pago/ Total de pagos:**	6/9	**Fecha de entrega**	10/07/2023		
Banco	Banco Scotiabank Colpatria	**Cuenta**	1362012572	**Tipo**	Ahorros	**Periodo a Cobrar**	10-06-2023 A 09-07-2023		
Nombre del contratista	Carlos Alberto Rodríguez Calderón					**Cedula/NIT**	1.090.454.637	**DV**	

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

Marque con "X"		**Número Contrato**	CPS 018 2023	**Fecha de suscripción**	10-ene-23	**Fecha de Inicio**	10-ene-23
						Fecha de terminación:	9-oct-23
OPS		**CDP No.**	018	**Fecha de DCP**	10-ene-23	**Duración:**	9 meses
						Adicional? **SI**	**NO** X
Contrato	X	**Registro presupuestal No.:**	018	**Fecha de RP**	10-ene-23	**CDP No.** / **Fecha**	
						CRP No. / **Fecha**	
Resolución		**Supervisor**	Luis Vidal Pitta Correa			**Cargo del supervisor**	Subdirector de Transporte Público
Factura		**No. Rubro**	2.1.2.02.02.008.01	**Nombre del Rubro**	Honorarios		
Convenio		**Objeto del Contrato**	Prestar sus servicios profesionales como abogado en las funciones atribuídas en la Subdirección de Transporte Público del AMC				

ASPECTOS TRIBUTARIOS

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

INFORMACIÓN FINANCIERA

Valor Inicial del contrato:	43.200.000
Ajuste Modificatoria 001	0
Adición No.1	0
Valor Total del contrato:	43.200.000
Valor pagado:	24.000.000
Valor a pagar en el periodo:	4.800.000
Saldo:	14.400.000
% de avance	66,7%

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo Pagado Salud	JUNIO			**Base de pago de aportes**	
Periodo Pagado Pensiòn	JUNIO				
No de Planilla	4504790685			2.400.000	
Fecha de pago	23-jun-23				
Valor pagado Salud	300.000			**Pensionado**	
Valor pagado Pensión	384.000			SI	NO
Valor pagado Riesgos	25.100				X
Total Aportes del periodo	709.100				

ASPECTOS TECNICOS

Actividad desarrollada por el contratista	**Evidencia que aporta el contratista**
PROYECTO RESOLUCION RENOVACION TARJETA OPERACIÓN EXTENSION VIDA UTIL TRD-737	INFORME DE ACTIVIDADES
PROYECTO RESOLUCION RENOVACION TARJETA OPERACIÓN EXTENSION VIDA UTIL TRD-898	INFORME DE ACTIVIDADES
PROYECTO RESOLUCION RENOVACION TARJETA OPERACIÓN EXTENSION VIDA UTIL VIV-572	INFORME DE ACTIVIDADES
PROYECTO RESOLUCION RENOVACION TARJETA OPERACIÓN EXTENSION VIDA UTIL TPO-908	INFORME DE ACTIVIDADES
PROYECTO RESOLUCION RENOVACION TARJETA OPERACIÓN EXTENSION VIDA UTIL TPP-169	INFORME DE ACTIVIDADES
PROYECTO RESOLUCION RENOVACION TARJETA OPERACIÓN EXTENSION VIDA UTIL TSJ-837	INFORME DE ACTIVIDADES

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 periodo cobrado.

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUIS VIDAL PITTA CORREA
Identificación C.C. No. 88.265.342

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ CON LAS ACTIVIDADES DE SST

SI X **NO**

Anexos:

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