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

Dependencia:	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIER			Número de pago/ Total de pagos:	9/9	Fecha de entrega	6/12/2023		
Banco	DAVIVIENDA	Cuenta	2001436509	Tipo	CORRIENTE	Periodo a Cobrar	DICIEMBRE		
Nombre del contratista	SAMI SA R/L VICTOR GERARDO REYES A					Cedula/NIT	807.002.007	DV	8

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

Marque con "X"		Número Contrato	AO 092 2023	Fecha de suscripción	12-abr-23	Fecha de inicio	14-abr-23
						Fecha de terminación:	31-dic-23
OPS		CDP No.	092	Fecha de DCP	23-ene-23	Duración:	8 MESES 18 DIAS
						Adicional? SI	NO X
Contrato	X	Registro presupuestal No.:	162	Fecha de RP	14-abr-23	CDP No.	Fecha
						CRP No.	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:	8699 Otras actividades de atención a la salud h	Tarifa:	

INFORMACIÓN FINANCIERA		APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL					
Valor inicial del contrato:	16.820.622	Periodo Pagado Salud	DICIEMBRE				
Ajuste Modificatoria 001	0	Periodo Pagado Pensiòn	NOVIEMBRE			Base de pago de aportes	
Adición No.1	0	No de Planilla	9459996669				
Valor Total del contrato:	16.820.622	Fecha de pago	4-dic-23				
Valor pagado:	14.879.781	Valor pagado Salud	6.206.200				
Valor a pagar en el periodo:	1.940.841	Valor pagado Pensión	24.032.300			Pensionado	
Saldo:	0	Valor pagado Riesgos	3.859.200			SI	NO
% de avance	100,0%	Total Aportes del periodo	34.097.700				X

ASPECTOS TECNICOS

	Evidencia que aporta el contratista
PRESTAR LOS SERVICIOS MEDICOS DOMICILIARIOS A LOS FUNCIONARIOS DEL AMC Y FAMILIARES INSCRITOS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL 2023	

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		NO	
Evidencias digitales	SI		NO	
Cuenta de cobro o Factura	SI	X	NO	
Lugar consulta de las evidencias				