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

Dependencia:	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			Número de pago/ Total de pagos:	9/10	Fecha de entrega	5/11/2024		
Banco	DAVIVIENDA	Cuenta	2001436509	Tipo	CORRIENTE	Periodo a Cobrar	NOVIEMBRE		
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	CPS 061 2024		Fecha de suscripción	15-feb-24	Fecha de Inicio	1-mar-24	
							Fecha de terminación:	30-dic-24	
OPS		CDP No.	084		Fecha de DCP	25-ene-24	Duración:	10 MESES	
							Adicional? SI		NO X
Contrato	X	Registro presupuestal No.:	101		Fecha de RP	23-feb-24	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	PRESTAR SERVICIOS MEDICOS DOMICILIARIOS A LOS FUNCIONARIOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE CUCUTA Y FAMILIARES INSCRITOS DENTRO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL DE LA ENTIDAD						

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	Tarifa:	

INFORMACIÓN FINANCIERA

Valor Inicial del contrato:	21,737,520
Ajuste Modificatoria 001	0
Adición No.1	
Valor Total del contrato:	21,737,520
Valor pagado:	17,390,011
Valor a pagar en el periodo:	2,173,852
Saldo:	2,173,657
% de avance	90.0%

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo Pagado Salud	NOVIEMBRE			Base de pago de aportes	
Periodo Pagado Pensiòn	OCTUBRE				
No de Planilla	9476720391				
Fecha de pago	5-nov-24				
Valor pagado Salud	6,971,300				
Valor pagado Pensión	25,788,100			Pensionado	
Valor pagado Riesgos	4,574,100			SI	NO
Total Aportes del periodo	37,333,500				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 NOVIEMBRE DE 2024 FE - EC258023	

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				