Alcaldía de Bucaramanga	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GJ-1140-238,37-082 Versión: 2.0 Fecha: ENERO-29-2021 Página: 1 de 2

DATOS DEL CONTRATO					
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE EDUCACION				
ACTA No.	4				
FECHA DEL ACTA	03/05/2021				
No. DE CONTRATO Y FECHA	418 - 26/01/2021				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN QUE REALIZA LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN, EN LA FORMACIÓN Y ENSEÑANZA DE LA LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA				
CONTRATISTA	NOMBRE	MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO			
	C.C./NIT	1098802499			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO			
	C.C./NIT	1098802499			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ANA LEONOR RUEDA VIVAS			
	CARGO	Secretario (a) de Educacion			
	C.C.	63307168			
SUPERVISOR	NOMBRE:	MYRIAM JAIMES MARTINEZ			
	C.C./NIT:	37815120			
VALOR DEL CONTRATO	$ 12.400.000,00				
VALOR ADICIONADO	$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	714			
	FECHA:	25/01/2021			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	694			
	FECHA:	27/01/2021			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	28/01/2021			
	Fecha de Finalización	27/09/2021			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	OCHO (8) MESES			
MODIFICACIONES DEL CONTRATO	**Tipo de Modificación**	**No.**	**Tiempo**	**Fecha Inicial**	**Fecha Final**
	Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Prórrogas	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Tipo de Modificación	**No.**	**Fecha de la adición**	**Valor adicionado**	**Valor total del contrato**
	Adiciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Otras Modificaciones	**No.**	**Fecha de la modificación**	**Observaciones**	
	Cesión/OtroSi/Aclaraciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	No Aplica				

DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO				
DÍAS A COBRAR	30 (treinta)			
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/04/2021			
	HASTA: 30/04/2021			
VALOR A COBRAR	$ 1.550.000,00			
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00			
	PERIODO DE COTIZACIÓN	**FECHA DE PAGO**	**Nro. PLANILLA INTEGRADA**	**INGRESO BASE DE COTIZACIÓN**

Escaneado con CamScanner

Alcaldía de Bucaramanga	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GJ-1140-238,37-082 Versión: 2.0 Fecha: ENERO-29-2021 Página: 2 de 2

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	Marzo	23/04/2021	49963617	$ 908.526,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	**ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES**	**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	
	NUEVA EPS S. A.	PROTECCIÓN S.A.	ARL SURA	
	VR PAGADO $ 113.600,00	**VR PAGADO $** 145.400,00	**VR PAGADO $** 4.800,00	

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron MYRIAM JAIMES MARTINEZ quien actúa en nombre y representación del MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO quien actúa en nombre y representación propia , con el fin de entregar y recibir el informe de avance de ejecución del Contrato.

2. El Contratista acreditó el pago de la seguridad social integral efectuado mediante la planilla relacionada

3. El Contratista ha ejecutado las actividades estipuladas en el Contrato de acuerdo a las especificaciones técnicas y a satisfacción según informe de cumplimiento de obligaciones contractuales, las cuales fueron aprobadas por el Supervisor.

4. El Supervisor autoriza el pago de las actividades realizadas, de acuerdo con el siguiente detalle:

Valor ejecutado en la presente acta: 4	$ 1.550.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 1.550.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502100181543	$ 3.000,00
ORDENANZA 012	2502100181543	$ 300,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 3 de Mayo de 2021.

Supervisor

MYRIAM JAIMES MARTINEZ
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

Contratista

MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Representación propia
Contratista

Elaboró: DAYANNA CARREÑO - ABG CPS
Revisó: MYRIAM JAIMES MARTINEZ - SUPERVISORA

Escaneado con CamScanner

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502100181543

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$3.000
Total	**$3.000**
Ordenanza 012	$300
Total a Pagar	**$3.300**

Fecha de Expedición 2021/04/27 **Fecha Limite de Pago** 2021/05/03

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098802499
Nombre MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502100181543(3900)00000000003300(96)20210503

0970194728
0378308778

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502100181543

0970194728
0378308778

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Dirección:
Número: 1098802499
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$3.000
Total	**$3.000**
Ordenanza 012	$300
Total a Pagar	**$3.300**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502100181543

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Total a Pagar **$3.300**

Fecha de Expedición 2021/04/27 **Fecha Limite de Pago** 2021/05/03

PRO HOSPITAL $3.000

Total **$3.000**
Ordenanza 012 $300

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502100181543

Gobernación

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

PRO HOSPITAL	$3.000
Total	**$3.000**
Ordenanza 012	$300
Total a Pagar	**$3.300**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098802499
Nombre MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502100181543(3900)00000000003000(96)20210503

Fecha de Expedición 2021/04/27
Fecha Limite de Pago 2021/05/03

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502100181543

Banco

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098802499
Nombre MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502100181543(3900)00000000003000(96)20210503

(415)8902012356006(8020)02502100181543(3900)00000000003300(96)20210503

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Fecha de Expedición 2021/04/27

Total a Pagar **$3.300**

PRO HOSPITAL $3.000

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Total **$3.000**
Ordenanza 012 $300