DATOS DEL CONTRATO		
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	
ACTA No.	5	
FECHA DEL ACTA	06/07/2021	
No. DE CONTRATO Y FECHA	784 - 18/02/2021	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE PARTICIPACIÓN, ATENCIÓNJURÍDICA Y PREVENCIÓN DENTRO DE LOS PROGRAMAS MAS EQUIDAD PARALAS MUJERES Y BUCARAMANGA HÁBITAT PARA EL CIUDADO Y LACORRESPONSABILIDAD ADSCRITO A LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	
CONTRATISTA	NOMBRE	PAOLA MARCELA SILVA PEREZ
	C.C./NIT	1098764675
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	PAOLA MARCELA SILVA PEREZ
	C.C./NIT	1098764675
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	JOHN CARLOS PABON MANTILLA
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social
	C.C.	1097303327
SUPERVISOR	NOMBRE:	GLADYS MERCHAN GARCIA
	C.C./NIT:	63276583
VALOR DEL CONTRATO	$ 24.000.000,00	
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	994
	FECHA:	01/02/2021
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	1543
	FECHA:	19/02/2021
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	19/02/2021
	Fecha de Finalización	18/10/2021
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	OCHO 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: 01/06/2021
	HASTA: 30/06/2021
VALOR A COBRAR	$ 3.000.000,00
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00

	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN
	Mayo	01/07/2021	1042755651	$ 1.200.000,00

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
	SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO $ 150.000,00	**VR PAGADO $** 192.000,00	**VR PAGADO $** 6.300,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron GLADYS MERCHAN GARCIA quien actúa en nombre y representación del MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra PAOLA MARCELA SILVA PEREZ 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 elsiguiente detalle:

Valor ejecutado en la presente acta: 5	$ 3.000.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 3.000.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502100274823	$ 3.000,00
ORDENANZA 012	2502100274823	$ 300,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 6 de Julio de 2021.

Supervisor

GLADYS MERCHAN GARCIA
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

contratista

PAOLA MARCELA SILVA PEREZ
Representación propia
Contratista

Elaboró: BLANCA GONGORA-CPS/SDS
Revisó: GLADYS MERCHAN GARCIA/SDS

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502100274823

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 3/07/2021 6:34:09 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2021/07/09

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098764675

Nombre PAOLA MARCELA SILVA PEREZ

Dirección **Teléfono**

Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502100274823(3900)00000000003300(96)20210709

1047323941

3719992642

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502100274823

1047323941

3719992642

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: PAOLA MARCELA SILVA PEREZ
Dirección:

Número: 1098764675
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
2502100274823

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Total a Pagar $3.300

Fecha de Expedición 3/07/2021 6:34:09 p. m. Fecha Limite de Pago 2021/07/09

PRO HOSPITAL $3.000

Total $3.000
Ordenanza 012 $300

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502100274823

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 1098764675

Nombre PAOLA MARCELA SILVA PEREZ

Dirección Teléfono

Municipio BUCARAMANGA Departamento SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502100274823(3900)00000000003000(96)20210709

Fecha de Expedición 3/07/2021 6:34:09 p. m.

Fecha Limite de Pago 2021/07/09

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502100274823

Con ribuyen e Tipo de Doc. C.C. Número 1098764675

Nombre PAOLA MARCELA SILVA PEREZ

Dirección Teléfono

Municipio BUCARAMANGA Departamento SANTANDER

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Fecha de Expedición 3/07/2021 6:34:09 p. m.

Total a Pagar $3.300

(415)8902012356005(8020)02502100274823(3900)00000000003000(96)20210709

(415)8902012356006(8020)02502100274823(3900)00000000003300(96)20210709

PRO HOSPITAL $3.000

BP G. 11048001150-1

BP SYC. 22048012843-8

Total $3.000
Ordenanza 012 $300

Pagado Electrónicamente