| | | |
|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO: | **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES** | |
| CONTRATO | **No. CO1.PCCNTR. 2807016** | **FECHA: 30 DE AGOSTO DEL 2021** |
| OBJETO | **"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO COMUNICADOR SOCIAL - PERIODISTA EN EL DESPACHO DEL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER"** | |
| CONTRATISTA | **VÍCTOR EDUARDO GUALDRÓN RUEDA** | |
| CEDULA O NIT | **1.098.718.018** | |
| VALOR INICIAL: | **DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS COP ( $ 10.500.000)** | |
| ANTICIPO ( X XX % ) | NO APLICA | |
| PLAZO INICIAL: | **TRES (03) MESES** | |
| NOMBRE INTERVENTOR | NO APLICA | |
| NUMERO CONTRATO DEL INTERVENTOR | NO APLICA | |
| Nit o C.C. DEL INTERVENTOR | NO APLICA | |
| SUPERVISOR | **KATHERIN SUAREZ RUIZ,** mediante acto de designación de supervisor del 30 de agosto de 2021 | |
| FECHA DE INICIACION: | **01 DE SEPTIEMBRE DE 2021** | |
| FECHA DE TERMINACION: | **30 DE NOVIEMBRE DE 2021** | |
| OFICINA GESTORA: | **Secretaría General** | |

En Bucaramanga, al día primero (**01**) del mes de septiembre de 2021, en las instalaciones de la Gobernación se reunieron, **KATHERIN SUAREZ RUIZ**, en calidad de Supervisora del Departamento y **VÍCTOR EDUARDO GUALDRÓN RUEDA**, quien comparece en nombre propio o como Representante legal de [illegible], como Interventor, [illegible], quien comparece en nombre propio o de Representante legal de [illegible], y considerando que se encuentran revisados todos los requisitos para dar inicio a la ejecución del presente contrato, se suscribe la presente acta.

## CONSIDERANDO

### 1. APROBACION POLIZAS (NO APLICA)

Que el día [illegible] () del mes [illegible] de [illegible] fue aprobada la garantía única con los siguientes amparos y vigencias:

1. Aseguradora: **(NO APLICA)**

| Nº DE LA POLIZA | CONCEPTO DEL AMPARO | VIGENCIA | |
|---|---|---|---|
| | | Desde (DDMMAAAA) | Hasta (DDMMAAAA) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 2. SOPORTES FINANCIEROS

| CONCEPTO | NUMERO | FECHA (DDMMAA) | RUBRO PRESUPUESTAL | FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| C.D.P. | 21002906 | 17/08/2021 | 2.1.2.02.02.008.003 | ICLD | $ 10.500.000.00 |
| R.P. | 21008012 | 30/08/2021 | 2.1.2.02.02.008.003 | ICLD | $ 10.500.000.00 |

## 3. FORMA DE PAGO:

EL DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor del presente contrato en **TRES (03) MENSUALIDADES** vencidas cada una por la suma de **TRES MILLONES QUINIENTOS PESOS COP ($ 3.500.000).** Para el pago se requiere que el contratista aporte el correspondiente informe de actividades desarrolladas, informe que deberá contar con la aprobación del Supervisor del contrato que ampara la prestación del servicio.

El supervisor designado por el departamento, deberá verificar el pago por parte del contratista al sistema de seguridad social, de conformidad con el parágrafo primero del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

| ANTICIPO | PAGO ANTICIPADO | PRIMER DESEMBOLSO |
|---|---|---|
| | | |

Para los contratos con anticipos, este se debe manejar en cuenta conjunta o en cuenta separada a nombre del contrato:

**ACUERDAN:**

1. Firmar la presente acta de inicio del contrato No. **CO1.PCCNTR. 2807016** del 30 de Agosto de 2021.
2. Fijar como fecha de inicio del contrato **No. CO1.PCCNTR. 2807016**, el día primero (01) del mes de Septiembre del año 2021.
3. Fijar como fecha de terminación el día treinta (30) del mes de Noviembre de 2021.
4. [illegible]

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, al día primero (01) del mes Septiembre de 2021:

**VÍCTOR EDUARDO GUALDRÓN RUEDA**
**CONTRATISTA**

**KATHERIN SUAREZ RUIZ**
**SUPERVISOR**

**Nombre del Interventor**
**INTERVENTOR**