| | ACTA DE TERMINACIÓN /EJECUCIÓN FINAL DEL CONTRATO/ CONVENIO | Código: F-GJ-1100-238,37-083 |
|---|---|---|
| | | Versión: 5.0 |
| | | Fecha: JULIO-12-2021 |
| | | Página: 1 de 3 |

| DATOS DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| DEPENDENCIA | SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | |
| ACTA No. | 1 | |
| FECHA DEL ACTA | 23/12/2021 | |
| 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, ATENCIÓN JURÍDICA Y PREVENCIÓN DENTRO DE LOS PROGRAMAS MAS EQUIDAD PARA LAS MUJERES Y BUCARAMANGA HÁBITAT PARA EL CIUDADO Y LA CORRESPONSABILIDAD 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. | 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 | $ 5.900.000;00 | |
| ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 % | $ 0,00 | |
| CDP | NÚMERO: | 994 |
| | FECHA: | 01/02/2021 |
| CDP ADICIONAL | NÚMERO: | 5039 |
| | FECHA: | 07/10/2021 |
| RP | NÚMERO: | 1543 |
| | FECHA: | 19/02/2021 |
| RP ADICIONAL | NÚMERO: | 6475 |
| | FECHA: | 15/10/2021 |
| PLAZO DEL CONTRATO | FECHA DE INICIO: | 19/02/2021 |
| | FECHA FIN: | 18/10/2021 |
| | NUEVA FECHA TERMINACIÓN | 17/12/2021 |
| | 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 | 1 | 59 días | 19/10/2021 | 17/12/2021 |

| Tipo de Modificación | No. | Fecha de la adición | Valor adicionado | Valor total del contrato |
|---|---|---|---|---|
| Adiciones | 1 | 15/10/2021 | $ 5.900.000,00 | $ 29.900.000,00 |

| Otras Modificaciones | No. | Fecha de la modificación | Observaciones |
|---|---|---|---|
| Cesión/OtroSi/Aclaraciones | No Aplica | No Aplica | No Aplica |

| | |
|---|---|
| FECHA DE APROBACION DE POLIZAS | No Aplica |

Secretaría Administrativa
Recibido con copia
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Eddy J. Cardenas
Dic-28-21

| DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PERIODO DE COBRO | DESDE: 01/12/2021 | | | |
| | HASTA: 17/12/2021 | | | |
| VALOR A COBRAR | $ 1.700.000,00 | | | |
| ANTICIPO AMORTIZADO | 0,00 % Valor a amortizar: $ 0,00 | | | |
| | PERIODO DE COTIZACIÓN | FECHA DE PAGO | Nro. PLANILLA INTEGRADA | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN |

| PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL | Diciembre | 23/12/2021 | 8355547531 | $ 920.000,00 |
|---|---|---|---|---|
| | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES | ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES | |
| | SANITAS | COLPENSIONES | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | |
| | VR PAGADO $ 11.500,00 | VR PAGADO $ 147.200,00 | VR PAGADO $ 4.900,00 | |

## 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 propiá , con el fin de suscribir el acta de ejecución final del Contrato.

2. El Contratista ha ejecutado las actividades estipulas en el Contrato de acuerdo a las especificaciones técnicas y a satisfacción según informe de cumplimiento de obligaciones contractuales.

3. El Supervisor certifica que revisó el informe presentado por el Contratista respecto de actividades y se encuentran ajustados a los términos contractuales y plazos previstos en el citado Contrato.

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

5. El supervisor autoriza el pago de las actividades realizadas, de acuerdo con el siguiente detalle:

| | |
|---|---|
| **Valor ejecutado en la presente acta:** 11 | $ 1.700.000,00 |
| **Valor IVA:** | $ 0,00 |
| **Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado** | $ 0,00 |
| **Valor bruto ejecutado a pagar** | $ 1.700.000,00 |

6. Se adhiere y anula estampilla (s):

| ESTAMPILLA | No. | VALOR |
|---|---|---|
| PRO-HOSPITAL | 2502100602360 | $ 3.000,00 |
| ORDENANZA 012 | 2502100602360 | $ 300,00 |

7. De conformidad con el Estado Presupuestal del Contrato, las certificaciones emitidas por el Supervisor, y los comprobantes de egreso emitidos por la Tesorería del Municipio de Bucaramanga, el Balance Financiero del Contrato es el siguiente:

| CONCEPTO | | | VALORES |
|---|---|---|---|
| **Valor inicial** | | | $ 24.000.000,00 |
| **Valor adicionales** | | | $ 5.900.000,00 |
| **Valor anticipo / Pago anticipado** | | | $ 0,00 |
| **Valor total** | | | $ 29.900.000;00 |
| **Valor amortizado a la fecha de la presente acta** | | | $ 0,00 |
| **Pagos o causaciones realizados a la fecha de la presente acta** | **PERIODO** | **N° COMPROBANTE** | |
| | 12-2021 | 2112000638 | $ 1.700.000,00 |
| | 02-2021 | 2103000157 | $ 1.200.000,00 |
| | 03-2021 | 2104000626 | $ 3.000.000,00 |
| | 04-2021 | 2105000595 | $ 3.000.000,00 |
| | 05-2021 | 2106000481 | $ 3.000.000,00 |
| | 06-2021 | 2107000912 | $ 3.000.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 07-2021 | 2108000825 | $ 3.000.000,00 |
| | 08-2021 | 2109000944 | $ 3.000.000,00 |
| | 09-2021 | 2110001467 | $ 3.000.000,00 |
| | 10-2021 | 2111000681 | $ 1.800.000,00 |
| | 10-2021 | 2111000729 | $ 1.200.000,00 |
| | 11-2021 | 2112000930 | $ 3.000.000,00 |
| **Valor total pagado o causado a la fecha** | | | $ 29.900.000,00 |
| **Subtotal a pagar contra la presente acta** | | | $ 1.700.000,00 |
| **Valor amortización contra la presente acta** | | | $ 0,00 |
| **Valor bruto a pagar contra la presente acta** | | | $ 1.700.000,00 |
| **Valor a liberar por el municipio** | | | $ 0,00 |
| **Valor total ejecutado** | | | $ 29.900.000,00 |

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 23 de Diciembre 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

SIGEP ALCALDIA DE BUCARAMANGA FECHA: 28/12/21 FIRMA: SECRETARIA ADMINISTRATIVA

Secretaría Administrativa Revisado por: Oficina de Contratación Alcaldía de Bucaramanga Dic-28-21

# Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502100602360

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $3.000

Total $3.000
Ordenanza 012 $300
Total a Pagar $3.300

Fecha de Expedición 2021/12/21 Fecha Limite de Pago 2021/12/27

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)02502100602360(3900)000000000003300(96)20211227

*1255240685*
*3927483725*

---

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502100602360

*1255240685*
*3927483725*

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 2502100602360

CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Total a Pagar $3.300

Fecha de Expedición 2021/12/21 Fecha Limite de Pago 2021/12/27

PRO HOSPITAL $3.000

Total $3.000
Ordenanza 012 $300

---

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502100602360

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

Fecha de Expedición 2021/12/21
Fecha Limite de Pago 2021/12/27

Contribuyente Tipo de Doc. C.C. Número 1098764675
Nombre PAOLA MARCELA SILVA PEREZ
Dirección Teléfono
Municipio BUCARAMANGA Departamento SANTANDER

(415)8902012356005(8020)0250210060236(3900)000000000003000(96)20211227

---

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502100602360

Contribuyente 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 2021/12/21

Total a Pagar $3.300

(415)8902012356005(8020)0250210060236(3900)000000000003000(96)20211227

(415)8902012356006(8020)0250210060236(3900)000000000000300(96)20211227

PRO HOSPITAL $3.000

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

Total $3.000
Ordenanza 012 $300