Alcaldía de Bucaramanga	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 INFRAESTRUCTURA				
ACTA No.	1				
FECHA DEL ACTA	23/12/2021				
No. DE CONTRATO Y FECHA	678 - 10/02/2021				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR (A) AMBIENTAL EN LA SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA BRINDANDO APOYO EN LA PROYECCION, REVISIÓN, EVALUACION Y SUPERVISION DE LOS CONTRATOS QUE SURJAN CON RELACION AL MANTENIMIENTO DE PARQUES Y ZONAS VERDES DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA				
CONTRATISTA	NOMBRE:	NIDIA CENTENO MEDINA			
	C.C./NIT	63539709			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE:	NIDIA CENTENO MEDINA			
	C.C.	63539709			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	IVAN JOSE VARGAS CARDENAS			
	CARGO	Secretario (a) de Infraestructura			
	C.C.	91278629			
SUPERVISOR	NOMBRE:	EDGAR BAYONA FLOREZ			
	C.C./NIT	91243324			
VALOR DEL CONTRATO	$ 36.000.000,00				
VALOR ADICIONADO	$ 10.950.000,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	1412			
	FECHA:	08/02/2021			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	4945			
	FECHA:	01/10/2021			
RP	NÚMERO:	1388			
	FECHA:	11/02/2021			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	6141			
	FECHA:	05/10/2021			
PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO:	11/02/2021			
	FECHA FIN:	10/10/2021			
	NUEVA FECHA TERMINACIÓN	23/12/2021			
	DURACIÓN:	8 MESES			

Secretaría Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Dic-23-21

MODIFICACIONES DEL CONTRATO	**Tipo de Modificación**	**No.**	**Tiempo**	**Fecha Inicial**	**Fecha Final**
	Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Prórrogas	1	2 meses y 13 días	11/10/2021	23/12/2021
	Tipo de Modificación	**No.**	**Fecha de la adición**	**Valor adicionado**	**Valor total del contrato**
	Adiciones	1	04/10/2021	$ 10.950.000,00	$ 46.950.000,00
	Otras Modificaciones	**No.**	**Fecha de la modificación**	**Observaciones**	
	Cesión/OtroSi/Aclaraciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	

FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	No Aplica	

DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO				
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/12/2021			
	HASTA: 23/12/2021			
VALOR A COBRAR	$ 3.450.000,00			
ANTICIPO AMORTIZADO	0,00 % Valor a amortizar: $ 0,00			
	PERIODO DE COTIZACIÓN	**FECHA DE PAGO**	**Nro. PLANILLA INTEGRADA**	**INGRESO BASE DE COTIZACIÓN**
	Diciembre	30/11/2021	7818822067	$ 1.800.000,00

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 $ 225.000,00	VR PAGADO $ 288.000,00	VR PAGADO $ 18.800,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron EDGAR BAYONA FLOREZ quien actúa en nombre y representación del MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor y por la otra NIDIA CENTENO MEDINA quien actúa en nombre y representación propia , 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	$ 3.450.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 3.450.000,00

6. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502100604786	$ 3.000,00
ORDENANZA 012	2502100604786	$ 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			$ 36.000.000,00
Valor adicionales			$ 10.950.000,00
Valor anticipo / Pago anticipado			$ 0,00
Valor total			$ 46.950.000,00
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**	
	02-2021	2103000859	$ 3.000.000,00
	03-2021	2104000605	$ 4.500.000,00
	04-2021	2105001303	$ 4.500.000,00
	05-2021	2106000999	$ 4.500.000,00
	06-2021	2107001471	$ 4.500.000,00
	07-2021	2108001566	$ 4.500.000,00
	08-2021	2109001605	$ 4.500.000,00

Cerrar

	09-2021	2110001198	$ 4.500.000,00
	10-2021	2111002075	$ 1.500.000,00
	10-2021	2111002098	$ 3.000.000,00
	11-2021	2112001469	$ 4.500.000,00
Valor total pagado o causado a la fecha			$ 43.500.000,00
Subtotal a pagar contra la presente acta			$ 3.450.000,00
Valor amortización contra la presente acta			$ 0,00
Valor bruto a pagar contra la presente acta			$ 3.450.000,00
Valor a liberar por el municipio			$ 0,00
Valor total ejecutado			$ 46.950.000,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 23 de Diciembre de 2021.

Supervisor

EDGAR BAYONA FLOREZ
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

Contratista

NIDIA CENTENO MEDINA
Representación propia
Contratista

Elaboró: NUBIA VALENCIA PINZÓN
Revisó: NUBIA VALENCIA PINZÓN

Secretaría Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Dic-23-21

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502100604786

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 22/12/2021 11:59:07 a. m. **Fecha Limite de Pago** 2021/12/28

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63539709

Nombre NIDIA CENTENO MEDINA

Dirección **Teléfono**

Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502100604786(3900)00000000003300(96)20211228

1256761768

3036641280

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502100604786

1256761768

3036641280

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 63539709
Nombre: NIDIA CENTENO MEDINA
Dirección: 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
2502100604786

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$3.300**

Fecha de Expedición 22/12/2021 11:59:07 a. n **Fecha Limite de Pago** 2021/12/28

PRO HOSPITAL $3.000

Total	**$3.000**
Ordenanza 012	$300

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502100604786

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** 63539709

Nombre NIDIA CENTENO MEDINA

Dirección **Teléfono**

Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502100604786(3900)00000000003000(96)20211228

Fecha de Expedición 22/12/2021 11:59:07 a. m.

Fecha Limite de Pago 2021/12/28

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502100604786

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63539709

Nombre NIDIA CENTENO MEDINA

Dirección **Teléfono**

Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 22/12/2021 11:59:07 a. m.

Total a Pagar **$3.300**

(415)8902012356005(8020)02502100604786(3900)00000000003000(96)20211228

(415)8902012356006(8020)02502100604786(3900)00000000000300(96)20211228

PRO HOSPITAL $3.000

BP G. 11048001150-1

BP SYC. 22048012843-8

Total	**$3.000**
Ordenanza 012	$300