Alcaldía de Bucaramanga	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GJ-1140-238,37-082 Versión: 3.0 Fecha: JULIO-12-2021 Página: 1 de 2

DATOS DEL CONTRATO		
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE EDUCACION	
ACTA No.	1	
FECHA DEL ACTA	18/02/2022	
No. DE CONTRATO Y FECHA	1629 - 27/01/2022	
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 PROFESIONALES COMO INGENIERO CIVIL DE LA SECRETARÍA DE EDUCACION DE BUCARAMANGA EN EL MACROPROCESO I - BIENES Y SERVICIOS	
CONTRATISTA	NOMBRE	ALDAHIR PEÑA HERNANDEZ
	C.C./NIT	1098221481
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	ALDAHIR PEÑA HERNANDEZ
	C.C./NIT	1098221481
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ANA LEONOR RUEDA VIVAS
	CARGO	Secretario (a) de Educacion
	C.C.	63307168
SUPERVISOR	NOMBRE:	JOSE ANDRES CARREÑO DOMINGUEZ
	C.C./NIT:	1098666707
VALOR DEL CONTRATO	$ 18.000.000,00	
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	2414
	FECHA:	26/01/2022
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	2148
	FECHA:	27/01/2022
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	28/01/2022
	Fecha de Finalizacion	27/07/2022
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	6 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	
PERIODO DE COBRO	DESDE: 28/01/2022
	HASTA: 30/01/2022
VALOR A COBRAR	$ 300.000,00
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN
Enero	03/02/2022	56509140	$ 120.000,00

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Alcaldía de Bucaramanga	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GJ-1140-238,37-082
		Versión: 3.0
		Fecha: JULIO-12-2021
		Página: 2 de 2

	SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA COMPAÑIA DE
	VR PAGADO $ 15.000,00	VR PAGADO $ 19.200,00	VR PAGADO $ 700,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron JOSE ANDRES CARREÑO DOMINGUEZ quien actúa en nombre y representación del MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra ALDAHIR PEÑA HERNANDEZ 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: 1	$ 300.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 300.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502200063371	$ 3.300,00
ORDENANZA 012	2502200063371	$ 330,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 18 de Febrero de 2022.

Supervisor

JOSE ANDRES CARREÑO DOMINGUEZ
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

Contratista

ALDAHIR PEÑA HERNANDEZ
Representación propia
Contratista

Elaboró: PAOLA BETANCOUR - ABG CPS
Revisó: JOSE ANDRES CARREÑO - SUPERVISOR

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Libertad y Orden

Recibo Nº
2502200063371

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$3.300
Total Estampillas	**$3.300**
Ordenanza 012	$330
Total a Pagar	**$3.630**

Contribuyente Tipo de Doc. C.C. Número 1098221481
Nombre ALDAHIR PEÑA HERNANDEZ
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)7709998038639(8020)02502200063371(3900)00000000003630(96)20220203

Dispensador: SENOR CONTRIBUYENTE CAMBIOS O DEVOLUCIÓNES SOLO HOY ANTES DE LAS 4:30 P.M.

Fecha de Expedición 2022/01/28 **Fecha Limite de Pago** 2022/02/03

Con destino a: Alcaldia de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Banco de Occidente
SAE GOBERNACION DE SANTANDER
CAJA 1 28 ENE 2022 CAJA 1
RECIBIDO

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas Recibo Nº **2502200063371**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldia de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Tipo de Doc. C.C. Número: 1098221481
Nombre: ALDAHIR PEÑA HERNANDEZ Teléfono:
Dirección:

Banco de Occidente
SAE GOBERNACION DE SANTANDER
CAJA 1 28 ENE 2022 CAJA 1
RECIBIDO

PRO HOSPITAL $3.300

Total Estampillas	**$3.300**
Ordenanza 012	$330
Total a Pagar	**$3.630**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas Recibo Nº **2502200063371**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldia de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Total a Pagar **$3.630**

Fecha de Expedición 2022/01/28 **Fecha Limite de Pago** 2022/02/03

PRO HOSPITAL $3.300
Banco de Occidente
SAE GOBERNACION DE SANTANDER
CAJA 1 28 ENE 2022 CAJA 1
Total Estampillas $3.300
Ordenanza 012 $330
RECIBIDO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098221481	ALDAHIR PEÑA HERNANDEZ		calle 1c #16 - 39 barrio san francisco	6373132	ing.aldahr97@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			SANTANDER	PIEDECUESTA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2022-01	2022-01	I	03/02/2022	56509140	$34.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES											PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colocite	Sisben	Extranjero	Cotizante exterior	Ingreso	VSP	TDE	TAE	SLN	IGE	LMA	VAC - LR	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Aportante	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1098221481	PEÑA HERNANDEZ ALDAHIR	59	0		N	X												25-14	120.000	19.200	0	0	0	0	EPS005	120.000	15.000	14-23	120.000	I	700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098221481	ALDAHIR PEÑA HERNANDEZ	calle 1c #16 - 39 barrio san francisco	6373132	ing.aldahir97@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente		SANTANDER	PIEDECUESTA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-01	2022-01	I	03/02/2022	56509140	$34.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	15.000	0		0		0	0	0	0	15.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	19.200	0	0	0	0	0	0		19.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	700				700	0	0	700			7	700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	15.000	15.000
Pensión	1	19.200	19.200
Riesgos Laborales	1	700	700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	34.900	34.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información