	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.	2				
FECHA DEL ACTA	01/03/2022				
No. DE CONTRATO Y FECHA	788 - 20/01/2022				
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 DE APOYO A LA GESTIÓN QUE REALIZA LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN, EN LA FORMACIÓN Y ENSEÑANZA DE LA LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA				
CONTRATISTA	NOMBRE	MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO			
	C.C./NIT	1098802499			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO			
	C.C./NIT	1098802499			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ANA LEONOR RUEDA VIVAS			
	CARGO	Secretario (a) de Educacion			
	C.C.	63307168			
SUPERVISOR	NOMBRE:	FABIO ANDRES PEÑA DURAN			
	C.C./NIT:	1098753769			
VALOR DEL CONTRATO	$ 10.200.000,00				
VALOR ADICIONADO	$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	1059			
	FECHA:	14/01/2022			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	1164			
	FECHA:	22/01/2022			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	22/01/2022			
	Fecha de Finalización	21/07/2022			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	SEIS (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: 01/02/2022				
	HASTA: 28/02/2022				
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	

Secretaría Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Mar-02-22

Escaneado con CamScanner

	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GJ-1140-230,37-082
		Versión: 3.0
		Fecha: JULIO-12-2021
		Página: 2 de 2

O DE LA SEGURIDAD SOCIAL	Enero	28/01/2022	22431428	$ 300.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	
	NUEVA EPS S. A.	PROTECCIÓN S.A.	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	
	VR PAGADO $ 37.500,00	VR PAGADO $ 48.000,00	VR PAGADO $ 1.600,00	

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron FABIO ANDRES PEÑA DURAN quien actúa en nombre y representación del MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO 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: 2	**$ 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**

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502200133869	$ 3.300,00
ORDENANZA 012	2502200133869	$ 330,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 1 de Marzo de 2022.

Supervisor

FABIO ANDRES PEÑA DURAN
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

Contratista

MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Representación propia
Contratista

Secretaría Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Edy J. Leg
M-02-22

Elaboró: DAYANNA CARREÑO - ABG CPS
Revisó: FABIO ANDRES PEÑA DURAN-SUPERVISOR

Escaneado con CamScanner

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502200133869

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098802499
Nombre MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502200133869(3900)00000000003630(96)20220303

1341980305
2517282743

Fecha de Expedición 2022/02/25 **Fecha Limite de Pago** 2022/03/03

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

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº **2502200133869**

1341980305
2517282743

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Dirección:
Número: 1098802499
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº **2502200133869**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$3.630**

Fecha de Expedición 2022/02/25 **Fecha Limite de Pago** 2022/03/03

PRO HOSPITAL $3.300

Total **$3.300**
Ordenanza 012 $330

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº **2502200133869**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098802499
Nombre MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502200133869(3900)00000000003300(96)20220303

Fecha de Expedición 2022/02/25
Fecha Limite de Pago 2022/03/03

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº **2502200133869**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098802499
Nombre MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2022/02/25

Total a Pagar **$3.630**

(415)8902012356005(8020)02502200133869(3900)00000000003300(96)20220303

(415)8902012356006(8020)02502200133869(3900)00000000000330(96)20220303

PRO HOSPITAL $3.300

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

Total **$3.300**
Ordenanza 012 $330