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.	4				
FECHA DEL ACTA	02/05/2022				
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: 01/04/2022			
	HASTA: 30/04/2022			
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
Mayo 1 de 25

Scanned with CamScanner

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

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	Marzo	11/04/2022	22811119	$ 1.000.000,00
	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 $ 125.000,00	VR PAGADO $ 160.000,00	VR PAGADO $ 5.300,00	

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: 4	$ 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	2502200274847	$ 3.300,00
ORDENANZA 012	2502200274847	$ 330,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 2 de Mayo 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

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

Scanned with CamScanner

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502200274847

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2022/04/26 **Fecha Limite de Pago** 2022/05/02

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

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

(415)7709998038639(8020)02502200274847(3900)00000000003630(96)20220502

1429014114
3815742868

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502200274847

1429014114
3815742868

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
2502200274847

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$3.630**

Fecha de Expedición 2022/04/26 **Fecha Limite de Pago** 2022/05/02

PRO HOSPITAL $3.300

Total **$3.300**
Ordenanza 012 $330

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502200274847

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)02502200274847(3900)00000000003300(96)20220502

Fecha de Expedición 2022/04/26
Fecha Limite de Pago 2022/05/02

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502200274847

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

(415)8902012356005(8020)02502200274847(3900)00000000003300(96)20220502

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2022/04/26

Total a Pagar **$3.630**

(415)8902012356006(8020)02502200274847(3900)00000000000330(96)20220502

PRO HOSPITAL $3.300

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

Total **$3.300**
Ordenanza 012 $330