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	DESPACHO SECRETARIA ADMINISTRATIVA	
ACTA No.	7	
FECHA DEL ACTA	06/07/2022	
No. DE CONTRATO Y FECHA	35 - 05/01/2022	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES BRINDANDO APOYO JURÍDICO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS DIFERENTES PROYECTOS ESTRATÉGICOS LIDERADOS DESDE LA OFICINA TIC DE LA ALCALDÍA DE BUCARAMANGA	
CONTRATISTA	NOMBRE	ANGIE JULIETH RUEDA PEÑA
	C.C./NIT	1098735782
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	ANGIE JULIETH RUEDA PEÑA
	C.C./NIT	1098735782
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	MONICA LUCIA SARMIENTO OLARTE
	CARGO	Secretario (a) Administrativo (a)
	C.C.	63511649
SUPERVISOR	NOMBRE:	WILFREDO ARIEL GOMEZ BUENO
	C.C./NIT:	91535007
VALOR DEL CONTRATO	$ 27.000.000,00	
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	162
	FECHA:	05/01/2022
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	75
	FECHA:	06/01/2022
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	06/01/2022
	Fecha de Finalización	05/07/2022
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	SEIS 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: 01/07/2022
	HASTA: 05/07/2022
VALOR A COBRAR	$ 750.000,00
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**
Julio	05/07/2022	7843719671	$ 1.560.000,00

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

	SURA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA COMPAÑIA DE
	VR PAGADO $ 195.000,00	**VR PAGADO $** 249.600,00	**VR PAGADO $** 8.200,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron WILFREDO ARIEL GOMEZ BUENO quien actúa en nombre y representación del MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra ANGIE JULIETH RUEDA PEÑA 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: 7	$ 750.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 750.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502200412436	$ 3.300,00
ORDENANZA 012	2502200412436	$ 330,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 6 de Julio de 2022.

Supervisor

WILFREDO ARIEL GOMEZ BUENO
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

Contratista

ANGIE JULIETH RUEDA PEÑA
Representación propia
Contratista

Elaboró: WILFREDO GOMEZ BUENO-ASESOR DESPACHO
Revisó: WILFREDO GOMEZ BUENO-ASESOR DESPACHO

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502200412436

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 4/07/2022 4:31:07 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2022/07/11

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098735782

Nombre ANGIE JULIETH RUEDA PEÑA

Dirección **Teléfono**

Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502200412436(3900)00000000003630(96)20220711

1536060604
3218924939

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502200412436
Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ANGIE JULIETH RUEDA PEÑA
Dirección:
Número: 1098735782
Teléfono:

1536060604
3218924939

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
2502200412436
Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Total a Pagar **$3.630**

Fecha de Expedición 4/07/2022 4:31:07 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2022/07/11

PRO HOSPITAL $3.300

Total **$3.300**
Ordenanza 012 $330

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502200412436
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** 1098735782
Nombre ANGIE JULIETH RUEDA PEÑA
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502200412436(3900)00000000003300(96)20220711

Fecha de Expedición 4/07/2022 4:31:07 p. m.
Fecha Limite de Pago 2022/07/11

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502200412436

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098735782
Nombre ANGIE JULIETH RUEDA PEÑA
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Fecha de Expedición 4/07/2022 4:31:07 p. m.

Total a Pagar **$3.630**

(415)8902012356005(8020)02502200412436(3900)00000000003300(96)20220711

(415)8902012356006(8020)02502200412436(3900)00000000000330(96)20220711

PRO HOSPITAL $3.300

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

Total **$3.300**
Ordenanza 012 $330