DATOS DEL CONTRATO		
DEPENDENCIA	DESPACHO SECRETARIA ADMINISTRATIVA	
ACTA No.	7	
FECHA DEL ACTA	07/07/2022	
No. DE CONTRATO Y FECHA	27 - 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 COMO ABOGADO EN EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA DEFENSORÍA DEL ESPACIO PÚBLICO EN ASUNTOS DE CONTRATACIÓN PÚBLICA, APROVECHAMIENTO ECONÓMICO DEL ESPACIO PÚBLICO, OFERTA INSTITUCIONAL Y EL APOYO TRANSVERSAL EN LAS GESTIONES ADMINISTRATIVAS QUE SE REQUIERAN.	
CONTRATISTA	NOMBRE	JHAN MARCO CASTILLO REYES
	C.C./NIT	1098765255
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	JHAN MARCO CASTILLO REYES
	C.C./NIT	1098765255
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	MONICA LUCIA SARMIENTO OLARTE
	CARGO	Secretario (a) Administrativo (a)
	C.C.	63511649
SUPERVISOR	NOMBRE:	MANUEL JOSE TORRES GONZALEZ
	C.C./NIT:	1098622939
VALOR DEL CONTRATO	$ 33.000.000,00	
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	10
	FECHA:	04/01/2022
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	112
	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 (6) MESES

Secretaría Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

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	$ 916.666,67	
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00	

PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	Julio	07/07/2022	9437152442	$ 2.200.000,00
	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 $ 275.000,00	**VR PAGADO $** 352.000,00	**VR PAGADO $** 11.500,00	

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron MANUEL JOSE TORRES GONZALEZ quien actúa en nombre y representación del MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra JHAN MARCO CASTILLO REYES 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	$ 916.666,67
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 916.666,67

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	NO.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502200421302	$ 3.300,00
ORDENANZA 012	2502200421302	$ 330,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 7 de Julio de 2022.

Supervisor

MANUEL JOSE TORRES GONZALEZ
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

Contratista

JHAN MARCO CASTILLO REYES
Representación propia
Contratista

Elaboró: MANUEL TORRES GONZALEZ - DIRECTOR DADEP
Revisó: MANUEL TORRES GONZALEZ - DIRECTOR DADEP

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502200421302

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** 1098765255
Nombre JHAN MARCO CASTILLO REYES
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502200421302(3900)00000000003630(96)20220713

1541772971
2126474168

Fecha de Expedición 2022/07/07 **Fecha Limite de Pago** 2022/07/13

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502200421302

1541772971
2126474168

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: JHAN MARCO CASTILLO REYES
Dirección:
Número: 1098765255
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
2502200421302

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$3.630**

Fecha de Expedición 2022/07/07 **Fecha Limite de Pago** 2022/07/13

PRO HOSPITAL $3.300

Total **$3.300**
Ordenanza 012 $330

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502200421302

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** 1098765255
Nombre JHAN MARCO CASTILLO REYES
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502200421302(3900)00000000003300(96)20220713

Fecha de Expedición 2022/07/07
Fecha Limite de Pago 2022/07/13

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502200421302

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098765255
Nombre JHAN MARCO CASTILLO REYES
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502200421302(3900)00000000003300(96)20220713

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2022/07/07

Total a Pagar **$3.630**

(415)8902012356006(8020)02502200421302(3900)00000000000330(96)20220713

PRO HOSPITAL $3.300

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

Total **$3.300**
Ordenanza 012 $330

Pagado Electrónicamente