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

| DATOS DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DEPENDENCIA** | DESPACHO SECRETARIA ADMINISTRATIVA | | | | |
| **ACTA No.** | 2 | | | | |
| **FECHA DEL ACTA** | 06/09/2022 | | | | |
| **No. DE CONTRATO Y FECHA** | 2036 - 25/07/2022 | | | | |
| **TIPO DE CONTRATO** | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES | | | | |
| **CONTRATANTE** | MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0 | | | | |
| **OBJETO** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE SOLUCIONES DE CONECTIVIDAD Y GESTIÓN DE CIUDAD INTELIGENTE EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA. | | | | |
| **CONTRATISTA** | NOMBRE | INGRID MILENA CARREÑO FONTECHA | | | |
| | C.C./NIT | 37753956 | | | |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | NOMBRE | INGRID MILENA CARREÑO FONTECHA | | | |
| | C.C./NIT | 37753956 | | | |
| **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** | $ 20.993.333,00 | | | | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 0,00 | | | | |
| **ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %** | $ 0,00 | | | | |
| **CDP** | NÚMERO: | 4373 | | | |
| | FECHA: | 19/07/2022 | | | |
| **CDP ADICIONAL** | NÚMERO: | No Aplica | | | |
| | FECHA: | No Aplica | | | |
| **RP** | NÚMERO: | 6344 | | | |
| | FECHA: | 25/07/2022 | | | |
| **RP ADICIONAL** | NÚMERO: | No Aplica | | | |
| | FECHA: | No Aplica | | | |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | Fecha de Inicio | 26/07/2022 | | | |
| | Fecha de Finalización | 09/12/2022 | | | |
| | Nueva Fecha Terminación | No Aplica | | | |
| | Duración | CUATRO MESES Y CATORCE DÍAS | | | |

**MODIFICACIONES DEL CONTRATO**

| Tipo de Modificación | No. | Tiempo | Fecha Parcial | 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: 01/08/2022 | | | |
| | HASTA: 30/08/2022 | | | |
| **VALOR A COBRAR** | $ 4.699.999,93 | | | |
| **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** | Agosto | 30/08/2022 | 4461333177 | $ 1.880.000,00 |

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

Secretaría Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Sep-07-22

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

| | NUEVA EPS S. A. | COLPENSIONES | POSITIVA COMPAÑIA DE |
|---|---|---|---|
| | VR PAGADO $ 235.000,00 | VR PAGADO $ 300.800,00 | VR PAGADO $ 9.900,00 |

**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 INGRID MILENA CARREÑO FONTECHA 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** | $ 4.699.999,93 |
| **Valor IVA:** | $ 0,00 |
| **Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado** | $ 0,00 |
| **Valor bruto ejecutado a pagar** | $ 4.699.999,93 |

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

| ESTAMPILLA | No. | VALOR |
|---|---|---|
| PRO-HOSPITAL | 2502200508370 | $ 3.300,00 |
| ORDENANZA 012 | 2502200508370 | $ 330,00 |

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

Supervisor

**WILFREDO ARIEL GOMEZ BUENO**
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

Contratista

Ingrid M-Carreño F

**INGRID MILENA CARREÑO FONTECHA**
Representación propia
Contratista

**Elaboró:** DANIELA RUEDA RUEDA-CONTRATISTA OATIC
**Revisó:** WILFREDO GOMEZ BUENO-ASESOR DESPACHO

Secretaría Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

# Recaudo de Estampillas

**Gobernación de Santander**
**Secretaría de Hacienda**

**Recibo Nº**
**2502200508370**

Contribuyente

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

**Fecha de Expedición** 29/08/2022 2:57:56 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2022/09/05

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

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37753956

**Nombre** INGRID MILENA CARREÑO FONTECHA

**Dirección** **Teléfono**

**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502200508370(3900)00000000003630(96)20220905

*1624583916*

*2876593036*

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502200508370

*1624583916*

*2876593036*

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 37753956
Nombre: INGRID MILENA CARREÑO FONTECHA
Dirección: 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
2502200508370

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

**Total a Pagar** **$3.630**

**Fecha de Expedición** 29/08/2022 2:57:56 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2022/09/05

PRO HOSPITAL $3.300

**Total** **$3.300**
Ordenanza 012 $330

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502200508370

Gobernación

**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** 37753956

**Nombre** INGRID MILENA CARREÑO FONTECHA

**Dirección** **Teléfono**

**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502200508370(3900)00000000003300(96)20220905

**Fecha de Expedición** 29/08/2022 2:57:56 p. m.

**Fecha Limite de Pago** 2022/09/05

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502200508370

Banco

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37753956

**Nombre** INGRID MILENA CARREÑO FONTECHA

**Dirección** **Teléfono**

**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

**Fecha de Expedición** 29/08/2022 2:57:56 p. m.

**Total a Pagar** **$3.630**

(415)8902012356005(8020)02502200508370(3900)00000000003300(96)20220905

(415)8902012356006(8020)02502200508370(3900)00000000000330(96)20220905

PRO HOSPITAL $3.300

BP G. 11048001150-1

BP SYC. 22048012843-8

**Total** **$3.300**
Ordenanza 012 $330