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 INFRAESTRUCTURA				
ACTA No.	6				
FECHA DEL ACTA	13/07/2023				
No. DE CONTRATO Y FECHA	186 - 13/01/2023				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR (A) AMBIENTAL EN LA SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA BRINDANDO APOYO EN LA PROYECCION, REVISIÓN, EVALUACION Y SUPERVISION DE LOS CONTRATOS QUE SURJAN CON RELACION AL MANTENIMIENTO DE PARQUES Y ZONAS VERDES DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA				
CONTRATISTA	NOMBRE	NIDIA CENTENO MEDINA			
	C.C./NIT	63539709			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	NIDIA CENTENO MEDINA			
	C.C./NIT	63539709			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	IVAN JOSE VARGAS CARDENAS			
	CARGO	Secretario (a) de Infraestructura			
	C.C.	91278629			
SUPERVISOR	NOMBRE:	PEDRO ALONSO BALLESTEROS MIRANDA			
	C.C./NIT:	79522052			
VALOR DEL CONTRATO	$ 35.000.000,00				
VALOR ADICIONADO	$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	450			
	FECHA:	13/01/2023			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	217			
	FECHA:	14/01/2023			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	14/01/2023			
	Fecha de Finalización	13/08/2023			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	7 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: 01/06/2023			
	HASTA: 30/06/2023			
VALOR A COBRAR	$ 5.000.000,00			
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
Viviana Lara
Julio 13/23

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	Junio	26/06/2023	7882759905	$ 2.000.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD		**ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES**	**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
	SANITAS		COLPENSIONES	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO $ 250.000,00		**VR PAGADO $** 320.000,00	**VR PAGADO $** 20.900,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron PEDRO ALONSO BALLESTEROS MIRANDA quien actúa en nombre y representación del MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra NIDIA CENTENO MEDINA 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: 6	$ 5.000.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 5.000.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502300350321	$ 3.900,00
ORDENANZA 012	2502300350321	$ 390,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 13 de Julio de 2023.

Supervisor

PEDRO ALONSO BALLESTEROS MIRANDA

Contratista

Nidia Centeno Medina

NIDIA CENTENO MEDINA

Representación propia

Secretaría Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502300350321

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$3.900
Total Estampillas	**$3.900**
Ordenanza 012	$390
Total a Pagar	**$4.290**

Fecha de Expedición 4/07/2023 11:26:25 a. m. **Fecha Limite de Pago** 2023/07/10

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63539709

Nombre NIDIA CENTENO MEDINA

Dirección **Teléfono**

Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502300350321(3900)00000000004290(96)20230710

0025183075

3023892965

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº **2502300350321**

0025183075

3023892965

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 63539709
Nombre: NIDIA CENTENO MEDINA
Dirección: Teléfono:

PRO HOSPITAL	$3.900
Total Estampillas	**$3.900**
Ordenanza 012	$390
Total a Pagar	**$4.290**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº **2502300350321**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.290**

Fecha de Expedición 4/07/2023 11:26:25 a. m. **Fecha Limite de Pago** 2023/07/10

PRO HOSPITAL	$3.900
Total Estampillas	**$3.900**
Ordenanza 012	$390

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº **2502300350321**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$3.900
Total Estampillas	**$3.900**
Ordenanza 012,	$390
Total a Pagar	**$4.290**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63539709

Nombre NIDIA CENTENO MEDINA

Dirección **Teléfono**

Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502300350321(3900)00000000003900(96)20230710

Fecha de Expedición 4/07/2023 11:26:25 a. m.

Fecha Limite de Pago 2023/07/10

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº **2502300350321**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63539709

Nombre NIDIA CENTENO MEDINA

Dirección **Teléfono**

Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502300350321(3900)00000000003900(96)20230710

(415)8902012356006(8020)02502300350321(3900)00000000000390(96)20230710

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 4/07/2023 11:26:25 a. m.

Total a Pagar **$4.290**

PRO HOSPITAL $3.900

BP G. 11048001150-1

BP SYC. 22048012843-8

Total Estampillas **$3.900**
Ordenanza 012 $390