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.	8	
FECHA DEL ACTA	01/08/2023	
No. DE CONTRATO Y FECHA	127 - 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 PARA LA GESTIÓN DE ASPECTOS JURÍDICOS Y CONTRACTUALES DE PROYECTOS Y ACTIVIDADES A CARGO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LAS TIC	
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	SILVIA JULIANA QUINTERO PIMENTEL
	CARGO	Secretario (a) Administrativo (a)
	C.C.	1098736754
SUPERVISOR	NOMBRE:	NICOLAS TORRES BOLIVAR
	C.C./NIT:	1018445369
VALOR DEL CONTRATO	$ 31.500.000,00	
VALOR ADICIONADO	$ 1.700.000,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	227
	FECHA:	10/01/2023
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	3834
	FECHA:	04/05/2023
RP	NÚMERO:	239
	FECHA:	14/01/2023
RP ADICIONAL	NÚMERO:	4886
	FECHA:	04/05/2023
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	16/01/2023
	Fecha de Finalización	15/08/2023
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	SIETE (7) MESES

Revisado por Oficina Contratación Alcaldía de Bucaramanga
Jessica Salas
01-08-23

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	1	04/05/2023	$ 1.700.000,00	$ 33.200.000,00
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: 01/07/2023			
	HASTA: 30/07/2023			
VALOR A COBRAR	$ 5.000.000,00			
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	14/07/2023	7885820389	$ 2.000.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	**ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES**	**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	

	SURA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA COMPAÑIA DE
	VR PAGADO $ 250.000,00	VR PAGADO $ 320.000,00	VR PAGADO $ 10.500,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron NICOLAS TORRES BOLIVAR 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: 8	$ 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
ORDENANZA 012	2502300384170	$ 390,00
PRO-HOSPITAL	2502300384170	$ 3.900,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 1 de Agosto de 2023.

Supervisor

NICOLAS TORRES BOLIVAR
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

Contratista

ANGIE JULIETH RUEDA PEÑA
Representación propia
Contratista

Revisado por Oficina Contratación Alcaldía de Bucaramanga

Elaboró: JACKELINE BONILLA - OATIC
Revisó: LEIDY PAOLA GAMBOA - OATIC

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502300384170

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2023/07/21 **Fecha Limite de Pago** 2023/07/27

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)02502300384170(3900)00000000004290(96)20230727

0058054413
3302324197

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502300384170
0058054413
3302324197

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:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502300384170

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar	**$4.290**

Fecha de Expedición 2023/07/21 **Fecha Limite de Pago** 2023/07/27

PRO HOSPITAL $3.900

Total **$3.900**
Ordenanza 012 $390

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502300384170

Gobernación

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

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

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

(415)8902012356005(8020)02502300384170(3900)00000000003900(96)20230727

Fecha de Expedición 2023/07/21
Fecha Limite de Pago 2023/07/27

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502300384170

Banco

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

(415)8902012356005(8020)02502300384170(3900)00000000003900(96)20230727

(415)8902012356006(8020)02502300384170(3900)00000000000390(96)20230727

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2023/07/21

Total a Pagar	**$4.290**

PRO HOSPITAL $3.900

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

Total **$3.900**
Ordenanza 012 $390