DATOS DEL CONTRATO		
DEPENDENCIA	SECRETARIA DEL INTERIOR	
ACTA No.	1	
FECHA DEL ACTA	22/07/2024	
No. DE CONTRATO Y FECHA	1061 - 04/03/2024	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO (A) EN LA SECRETARIA DEL INTERIOR, BRINDADO ASESORÍA JURÍDICA EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES E INICIATIVAS SOCIALES PARA LA CONSERVACIÓN DE LA SANA CONVIVENCIA, GESTIÓN DE CONFLICTOS COMUNITARIOS Y USO ADECUADO DEL ESPACIO PUBLICÓ EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA" - GCC	
CONTRATISTA	NOMBRE:	SAMUEL QUINTERO DURAN
	C.C./NIT	1066096800
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE:	SAMUEL QUINTERO DURAN
	C.C.	1066096800
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	GILDARDO RAYO RINCON
	CARGO	Secretario (a) del Interior
	C.C.	94390033
SUPERVISOR	NOMBRE:	ROSANGELA COTE SANCHEZ
	C.C./NIT	63270943
VALOR DEL CONTRATO	$ 16.000.000,00	
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	1988
	FECHA:	23/02/2024
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	2188
	FECHA:	05/03/2024
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO:	05/03/2024
	FECHA FIN:	04/07/2024
	NUEVA FECHA TERMINACIÓN	No Aplica
	DURACIÓN:	(4) CUATRO MESES

Revisado por
Cadena Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Jesica Salcedo
24-09-24

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: 01/07/2024			
	HASTA: 04/07/2024			
VALOR A COBRAR	$ 533.333,33			
ANTICIPO AMORTIZADO	0,00 % Valor a amortizar: $ 0,00			
	PERIODO DE COTIZACIÓN	**FECHA DE PAGO**	**Nro. PLANILLA INTEGRADA**	**INGRESO BASE DE COTIZACIÓN**

Powered by CamScanner

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	Julio	15/07/2024	78693825	$ 1.300.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	
	SALUD TOTAL S. A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	COLPENSIONES	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	
	VR PAGADO $ 162.500,00	VR PAGADO $ 208.000,00	VR PAGADO $ 6.800,00	

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron ROSANGELA COTE SANCHEZ quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor y por la otra SAMUEL QUINTERO DURAN quien actúa en nombre y representación propia , con el fin de suscribir el acta de ejecución final del Contrato.

2. El Contratista ha ejecutado las actividades estipulas en el Contrato de acuerdo a las especificaciones técnicas y a satisfacción según informe de cumplimiento de obligaciones contractuales.

3. El Supervisor certifica que revisó el informe presentado por el Contratista respecto de actividades y se encuentran ajustados a los términos contractuales y plazos previstos en el citado Contrato.

4. El Contratista acreditó el pago de la seguridad social integral efectuado mediante la planilla relacionada

5. El supervisor autoriza el pago de las actividades realizadas, de acuerdo con el siguiente detalle:

Valor ejecutado en la presente acta: 5	$ 533.333,33
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 533.333,33

6. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502400351906	$ 4.300,00
ORDENANZA 012	2502400351906	$ 430,00

7. De conformidad con el Estado Presupuestal del Contrato, las certificaciones emitidas por el Supervisor, y los comprobantes de egreso emitidos por la Tesoreria del Municipio de Bucaramanga, el Balance Financiero del Contrato es el siguiente:

CONCEPTO			VALORES
Valor inicial			$ 16.000.000,00
Valor adicionales			$ 0,00
Valor anticipo / Pago anticipado			$ 0,00
Valor total			$ 16.000.000,00
Valor amortizado a la fecha de la presente acta			$ 0,00
Pagos o causaciones realizados a la fecha de la presente acta	**PERIODO**	**N° COMPROBANTE**	
	07-2024	2407000021	$ 533.333,33
	03-2024	2404000838	$ 3.466.666,67
	04-2024	2405001547	$ 4.000.000,00
	05-2024	2406000643	$ 4.000.000,00
	06-2024	2407001455	$ 4.000.000,00

Powered by CamScanner

Valor total pagado o causado a la fecha	$ 16.000.000,00
Subtotal a pagar contra la presente acta	$ 533.333,33
Valor amortización contra la presente acta	$ 0,00
Valor bruto a pagar contra la presente acta	$ 533.333,33
Valor a liberar por el municipio	$ 0,00
Valor total ejecutado	$ 16.000.000,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 22 de Julio de 2024.

Supervisor

ROSANGELA COTE SANCHEZ
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

SAMUEL QUINTERO DURAN
Representación propia
Contratista

SIGEP ALCALDIA DE BUCARAMANGA 24/07/24 FIRMA SECRETARIA ADMINISTRATIVA

Revisado por Oficina Alcaldía de Bucaramanga 24-07-24.

Elaboró: ADRIANA XIMENA MNTAÑEZ FLOREZ
Revisó: ROSANGELA COTE SANCHEZ

Powered by CamScanner

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400351906

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$4.300
Total Estampillas	**$4.300**
Ordenanza 012	$430
Total a Pagar	**$4.730**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1066096800
Nombre SAMUEL QUINTERO DURAN
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502400351906(3900)00000000004730(96)20240722

0000000000
2705731749

Fecha de Expedición 16/07/2024 3:07:28 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2024/07/22

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400351906

0000000000
2705731749

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: SAMUEL QUINTERO DURAN
Dirección:
Número: 1066096800
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$4.300
Total Estampillas	**$4.300**
Ordenanza 012	$430
Total a Pagar	**$4.730**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400351906

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 16/07/2024 3:07:28 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2024/07/22

PRO HOSPITAL $4.300

Total Estampillas **$4.300**
Ordenanza 012 $430

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400351906

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$4.300
Total Estampillas	**$4.300**
Ordenanza 012	$430
Total a Pagar	**$4.730**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1066096800
Nombre SAMUEL QUINTERO DURAN
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400351906(3900)00000000004300(96)20240722

Fecha de Expedición 16/07/2024 3:07:28 p. m.
Fecha Limite de Pago 2024/07/22

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400351906

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1066096800
Nombre SAMUEL QUINTERO DURAN
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400351906(3900)00000000004300(96)20240722

(415)8902012356006(8020)02502400351906(3900)00000000004430(96)20240722

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 16/07/2024 3:07:28 p. m.

Total a Pagar **$4.730**

PRO HOSPITAL $4.300

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

Total Estampillas **$4.300**
Ordenanza 012 $430

Pagado Electrónicamente

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400351907

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$4.300
Total Estampillas	**$4.300**
Ordenanza 012	$430
Total a Pagar	**$4.730**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1066096800
Nombre SAMUEL QUINTERO DURAN
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502400351907(3900)00000000004730(96)20240722

0000000000
2705731749

Fecha de Expedición 16/07/2024 3:07:28 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2024/07/22

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

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400351907

0000000000
2705731749

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 1066096800
Nombre: SAMUEL QUINTERO DURAN
Dirección: Teléfono:

PRO HOSPITAL	$4.300
Total Estampillas	**$4.300**
Ordenanza 012	$430
Total a Pagar	**$4.730**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400351907

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 16/07/2024 3:07:28 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2024/07/22

PRO HOSPITAL $4.300

Total Estampillas **$4.300**
Ordenanza 012 $430

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400351907

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$4.300
Total Estampillas	**$4.300**
Ordenanza 012	$430
Total a Pagar	**$4.730**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1066096800
Nombre SAMUEL QUINTERO DURAN
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400351907(3900)00000000004300(96)20240722

Fecha de Expedición 16/07/2024 3:07:28 p. m.
Fecha Limite de Pago 2024/07/22

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400351907

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1066096800
Nombre SAMUEL QUINTERO DURAN
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400351907(3900)00000000004300(96)20240722

(415)8902012356006(8020)02502400351907(3900)00000000004430(96)20240722

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 16/07/2024 3:07:28 p. m.

Total a Pagar **$4.730**

PRO HOSPITAL $4.300

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

Total Estampillas **$4.300**
Ordenanza 012 $430