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 3

DATOS DEL CONTRATO		
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	
ACTA No.	1	
FECHA DEL ACTA	29/07/2024	
No. DE CONTRATO Y FECHA	93 - 20/06/2024	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0	
OBJETO	"PRESTAR SERVICIOS COMO OPERADOR EN LA LOGÍSTICA PARA LA ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE EDILESAS DE BUCARAMANGA 2024-2027-IIICONGRESO NACIONAL DE MUJERES EDILES Y EXEDILES DE COLOMBIA"	
CONTRATISTA	NOMBRE	STEFANIA CELIS RAMIREZ
	C.C./NIT	1005334548
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	STEFANIA CELIS RAMIREZ
	C.C./NIT	1005334548
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	IVAN DARIO TORRES ALFONSO
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social
	C.C.	13740179
SUPERVISOR	NOMBRE:	ADELA SUAREZ DUARTE
	C.C./NIT:	63364707
VALOR DEL CONTRATO	$ 27.840.000,00	
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	3608
	FECHA:	24/05/2024
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	5665
	FECHA:	20/06/2024
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	24/06/2024
	Fecha de Finalización	23/07/2024
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	(1) UNO 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

GARANTÍAS PRESENTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

ASEGURADORA	AMPARO	No. Póliza	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO
SURAMERICANA	CUMPLIMIENTO	3948738-7	20/06/2024	24/07/2024	$ 5.568.000,00
	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL	3948738-7	20/06/2024	24/07/2024	$ 2.784.000,00

		CONTRATO				
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	0967555-6	20/06/2024	24/07/2024	$ 260.000.000,00
		CALIDAD DE SERVICIO	3948738-7	20/06/2024	24/07/2024	$ 5.568.000,00

FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	24/06/2024, 24/06/2024

DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO

PERIODO DE COBRO	DESDE: 24/06/2024			
	HASTA: 23/07/2024			
VALOR A COBRAR	$ 27.540.000,00			
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00			
PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	**PERIODO DE COTIZACIÓN**	**FECHA DE CERTIFICACIÓN**	**Nro. PLANILLA INTEGRADA**	**INGRESO BASE DE COTIZACIÓN**
	N/A	03/07/2024	N/A	N/A
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	**ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES**	**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	
	Ver certificación anexa	Ver certificación anexa	Ver certificación anexa	
	VR PAGADO $	**VR PAGADO $**	**VR PAGADO $**	

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron ADELA SUAREZ DUARTE quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra STEFANIA CELIS RAMIREZ quien actúa en nombre y representación propia , con el fin de entregar y recibir el informe de avance de ejecución del Contrato.

2. presenta certificación que se encuentra a PAZ Y SALVO en el pago de parafiscales.

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: 1	$ 27.540.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 27.540.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502400317142	$ 4.300,00
ORDENANZA 012	2502400317142	$ 430,00

6. NOTA: Quedando un saldo a favor de la Alcaldía por valor de $300.000, por concepto de un servicio de cupo de una persona que no asistió al Congreso, ración de desayuno y cena
RP
No.5665
RUBRO:2.2.2.02.02.009.4502038.91114.201

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 29

de Julio de 2024.

Supervisor

ADELA SUAREZ DUARTE
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

STEFANIA CELIS RAMIREZ
Representación propia
Contratista

Elaboró: BLANCA GONGORA CARTAGENA
Revisó: ADELA SUAREZ DUARTE-SUPERVISOR/SDS JUAN C DAVILA-FINANCIERO-CPS/SDS

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400317142

Contribuyente

Trámite: CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $4.300

Total $4.300
Ordenanza 012 $430
Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 2024/07/02 **Fecha Límite de Pago** 2024/07/08

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

Contribuyente: **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1005334548
Nombre STEFANIA CELIS RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)0250240031714 2(3900)000000000004730(96)20240708

0000000001
2706731749

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACION Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
FECHA: 30-07-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400317142

0000000000
2706731749

PRO HOSPITAL $4.300

Trámite: CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: STEFANIA CELIS RAMIREZ
Dirección:
Número: 1005334548
Teléfono:

Total $4.300
Ordenanza 012 $430
Total a Pagar **$4.730**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400317142

Trámite: CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 2024/07/02 **Fecha Límite de Pago** 2024/07/08

PRO HOSPITAL $4.300

Total $4.300
Ordenanza 012 $430

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400317142

Trámite: CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL $4.300

Total $4.300
Ordenanza 012 $430
Total a Pagar **$4.730**

Contribuyente: **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1005334548
Nombre STEFANIA CELIS RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)0250240031714 2(3900)000000000004300(96)20240708

Fecha de Expedición 2024/07/02
Fecha Límite de Pago 2024/07/08

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400317142

Contribuyente: **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1005334548
Nombre STEFANIA CELIS RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

Trámite: CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356005(8020)0250240031714 2(3900)000000000004300(96)20240708

(415)8902012356006(8020)0250240031714 2(3900)000000000004300(96)20240708

PRO HOSPITAL $4.300

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

Fecha de Expedición 2024/07/02

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

Total a Pagar **$4.730**

Total $4.300
Ordenanza 012 $430

Pago Electrónico