| 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 3 |
|---|---|---|

| DATOS DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| DEPENDENCIA | SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE | |
| ACTA No. | 3 | |
| FECHA DEL ACTA | 13/09/2024 | |
| No. DE CONTRATO Y FECHA | 77 - 21/05/2024 | |
| TIPO DE CONTRATO | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | |
| CONTRATANTE | MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0 | |
| OBJETO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR EL PROCESO DE VALORACIÓN Y EXPEDICIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA | |
| CONTRATISTA | NOMBRE | NEUROTRAUMA CENTER & CUIDAMED SAS |
| | C.C./NIT | 900595190 |
| REPRESENTANTE LEGAL | NOMBRE | LILIANA PATRICIA VALENCIA ARIAS |
| | C.C./NIT | 63330750 |
| ORDENADOR DEL GASTO | NOMBRE | CLAUDIA MERCEDES AMAYA AYALA |
| | CARGO | Secretario (a) de Salud y Ambiente |
| | C.C. | 63332347 |
| SUPERVISOR | NOMBRE: | JERSSON LUIS GRANADOS CUAO |
| | C.C./NIT: | 84450644 |
| VALOR DEL CONTRATO | $ 105.145.185,00 | |
| VALOR ADICIONADO | $ 52.492.329,00 | |
| ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 % | $ 0,00 | |
| CDP | NÚMERO: | 2697 |
| | FECHA: | 02/04/2024 |
| CDP ADICIONAL | NÚMERO: | 6104 |
| | FECHA: | 14/08/2024 |
| RP | NÚMERO: | 4644 |
| | FECHA: | 23/05/2024 |
| RP ADICIONAL | NÚMERO: | 8397 |
| | FECHA: | 29/08/2024 |
| PLAZO DEL CONTRATO | Fecha de Inicio | 23/05/2024 |
| | Fecha de Finalización | 22/08/2024 |
| | Nueva Fecha Terminación | 21/10/2024 |
| | Duración | (5) CINCO MESES |

MODIFICACIONES DEL CONTRATO

| Tipo de Modificación | No. | Tiempo | Fecha Inicial | Fecha Final |
|---|---|---|---|---|
| Suspensiones | No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |
| Prórrogas | 1 | 2 meses | 23/08/2024 | 21/10/2024 |

| Tipo de Modificación | No. | Fecha de la adición | Valor adicionado | Valor total del contrato |
|---|---|---|---|---|
| Adiciones | 1 | 22/08/2024 | $ 52.492.329,00 | $ 157.637.514,00 |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| SEGUROS DEL ESTADO | CUMPLIMIENTO | 96-44-101189742 | 21/05/2024 | 21/02/2025 | $ 21.029.037,00 |
| | | 96-44-101189742 | 21/05/2024 | 22/04/2025 | $ 31.527.502,80 |
| | PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES | 96-44-101189742 | 21/05/2024 | 21/08/2024 | $ 10.514.518,50 |
| | | 96-44-101189742 | 21/05/2024 | 22/10/2027 | $ 15.763.751,40 |
| | CALIDAD DE SERVICIO | 96-44-101189742 | 21/05/2024 | 21/02/2022 | $ 21.029.037,00 |
| | | 96-44-101189742 | 21/05/2024 | 22/04/2025 | $ 31.527.502,80 |
| | PREDIOS LABORES Y | 96-40-101067082 | 21/05/2024 | 21/08/2024 | $ 260.000.000,00 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | OPERACIONES | 96-40-101067082 | 21/05/2024 | 22/10/2024 | $ 260.000.000,00 |
| | | CONTRATISTAS Y | 96-40-101067082 | 21/05/2024 | 21/08/2024 | $ 260.000.000,00 |
| | | SUBCONTRATISTAS | 96-40-101067082 | 21/05/2024 | 22/10/2024 | $ 260.000.000,00 |
| | | RESPONSABILIDAD | 96-40-101067082 | 21/05/2024 | 21/08/2024 | $ 260.000.000,00 |
| | | CIVIL PATRONAL | 96-40-101067082 | 21/05/2024 | 22/10/2024 | $ 260.000.000,00 |
| | | VEHICULOS PROPIOS | 96-40-101067082 | 21/05/2024 | 21/08/2024 | $ 260.000.000,00 |
| | | Y NO PROPIOS | 96-40-101067082 | 21/05/2024 | 22/10/2024 | $ 260.000.000,00 |
| | | DAÑO EMERGENTE Y | 96-40-101067082 | 21/05/2024 | 21/08/2024 | $ 260.000.000,00 |
| | | LUCRO CESANTE | 96-40-101067082 | 21/05/2024 | 22/10/2024 | $ 260.000.000,00 |
| | | PREJUICIOS | 96-40-101067082 | 21/05/2024 | 21/08/2024 | $ 260.000.000,00 |
| | | EXTRAPATRIMONIALES | 96-40-101067082 | 21/05/2024 | 22/10/2024 | $ 260.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| **FECHA DE APROBACION DE POLIZAS** | 23/05/2024, 23/05/2024 |

## DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **PERIODO DE COBRO** | DESDE: 01/07/2024 |
| | HASTA: 30/07/2024 |
| **VALOR A COBRAR** | $ 46.552.830,00 |
| **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 | 02/09/2024 | 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 JERSSON LUIS GRANADOS CUAO quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra LILIANA PATRICIA VALENCIA ARIAS quien actúa en nombre y representación de NEUROTRAUMA CENTER & CUIDAMED SAS, con el fin de entregar y recibir el informe de avance de ejecución del Contrato.

2. a los 02 dias del mes de septiembre el contador publico nidia yurany plata muñoz certifica que NEUROTRAUMA CENTER & CUIDAMED S.A.S. a la fecha se encuentra al día con los pagos de los aportes a los sistemas de Salud, Pensión, Riesgos Profesionales ARL y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, y que durante los últimos seis (6) meses ha pagado oportunamente. Así mismo, se hace la aclaración de que la sociedad se encuentra exonerada de aportes del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA) y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de acuerdo con el Art. 114 1 del E.T.

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: 3** | $ 46.552.830,00 |
| **Valor IVA:** | $ 0,00 |
| **Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado** | $ 0,00 |
| **Valor bruto ejecutado a pagar** | $ 46.552.830,00 |

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

| ESTAMPILLA | No. | VALOR |
|---|---|---|
| PRO-HOSPITAL | 2502400473010 | $ 4.300,00 |
| ORDENANZA 012 | 2502400473010 | $ 430,00 |

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 13 de Septiembre de 2024.

Supervisor

**JERSSON LUIS GRANADOS CUAO**
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

**LILIANA PATRICIA VALENCIA ARIAS**
NEUROTRAUMA CENTER & CUIDAMED SAS
Contratista

**Elaboró:** YEUDY JAZBLEIDY PINZON ROJAS-CPS-SSYA
**Revisó:** JAZMIN ANDRIANA CABEZA -CPS -APOYO A LA SUPERVISION LUIS EDUARDO VARGAS-CPS-ABOGADO

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA 18-09-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

# Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400473010

**Contribuyente**

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $4.300

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

Fecha de Expedición 2024/09/10 Fecha Limite de Pago 2024/09/16
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

**Contribuyente** Tipo de Doc. N.I. Número 900595190
Nombre NEUROTRAUMA CENTER
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502400473010(3900)00000000004730(96)20240916

*0000000000*
*2705731749*

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACION Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
FECHA: 18-09-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Pagado Electronicamente

**Trámite**

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda | Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400473010

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Tipo de Doc. N.I.
Nombre: NEUROTRAUMA CENTER Número: 900595190
Dirección: Teléfono:

*0000000000*
*2705731749*

PRO HOSPITAL $4.300

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

**SYC**

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda | Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400473010

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

**Total a Pagar** $4.730

Fecha de Expedición 2024/09/10 Fecha Limite de Pago 2024/09/16

PRO HOSPITAL $4.300

Total $4.300
Ordenanza 012 $430

**Gobernación**

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda | Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400473010

**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. N.I. Número 900595190
Nombre NEUROTRAUMA CENTER
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400473010(3900)00000000004300(96)20240916

Fecha de Expedición 2024/09/10
Fecha Limite de Pago 2024/09/16

**Banco**

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda | Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400473010

**Contribuyente** Tipo de Doc. N.I. Número 900595190
Nombre NEUROTRAUMA CENTER
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400473010(3900)00000000004300(96)20240916

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

(415)8902012356006(8020)02502400473010(3900)00000000000430(96)20240916

PRO HOSPITAL $4.300

**Fecha de Expedición** 2024/09/10

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-6

**Total a Pagar** $4.730

Total $4.300
Ordenanza 012 $430