Alcaldía de Bucaramanga	**INFORME DEL SUPERVISOR SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES** **Ley 1150 de 2007 Art. 2, literal h), Decreto N° 1082 de 2015 Art 2.2.1.2.1.4.9**	Código: F-GJ-1140-238,37-021 Versión: 0.0 Fecha aprobación: Junio-29-2017 Página 1 de 1

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
No.3388 DE SEPTIEMBRE 6 DE 2024

FECHA DE PRESENTACIÓN	OCTUBRE 4 de 2024
NÚMERO DE INFORME DE SUPERVISIÓN	1

La prestación del servicio Profesionales, "PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL PARA APOYAR LOS TEMAS REFERENTES A LOS MACROPROCESOS, -G- GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y -L- GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA INFORMÁTICA", efectuado por el contratista Daniel Delgado Graterón identificado con cédula de ciudadanía N°13.389.523, se ejecutó durante el periodo comprendido del 9 de Septiembre al 30 de Septiembre de 2024, de acuerdo a la necesidad del Municipio de Bucaramanga y a la propuesta presentada por el contratista, tal como se ha podido constatar por parte de esta supervisión lo siguiente:

- Que una vez revisado el informe de actividades N°1 durante el día 9 de septiembre hasta el día 30 de SEPTIEMBRE de 2024, presentado por el Contratista y como supervisor (a) del contrato mencionado, manifiesto que el objeto del contrato se ha venido cumpliendo de manera adecuada y satisfactoria.

- Que los pagos de Seguridad Social efectuados mediante planilla No. 4565014807, corresponden al contrato No.**3388 DE SEPTIEMBRE 06 DE 2024**.

Se firma el día 4 días del mes de octubre de 2024.

En constancia lo anterior,

ELKIN ARLEY CALDERÓN ROJAS
SUPERVISOR
Cédula: 13.617.045
Cargo: Profesional Universitario.

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400513303

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2024/09/30 **Fecha Limite de Pago** 2024/10/07

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13389523
Nombre DANIEL DELGADO GRATERON
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502400513303(3900)00000000004730(96)20241007

"0947109212"
"3283226352"

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400513303

"0947109212"
"3283226352"

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Tipo de Doc. C.C. Número: 13389523
Nombre: DANIEL DELGADO GRATERON Teléfono:
Dirección:

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
2502400513303

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Total a Pagar $4.730

Fecha de Expedición 2024/09/30 **Fecha Limite de Pago** 2024/10/07

PRO HOSPITAL $4.300
Total $4.300
Ordenanza 012 $430

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400513303

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** 13389523
Nombre DANIEL DELGADO GRATERON
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400513303(3900)00000000004300(96)20241007

Fecha de Expedición 2024/09/30
Fecha Limite de Pago 2024/10/07

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400513303

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13389523
Nombre DANIEL DELGADO GRATERON
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Fecha de Expedición 2024/09/30

Total a Pagar $4.730

(415)8902012356005(8020)02502400513303(3900)00000000004300(96)20241007

(415)8902012356006(8020)02502400513303(3900)00000000000430(96)20241007

PRO HOSPITAL $4.300

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

Total $4.300
Ordenanza 012 $430

Pagina Electronica

Powered by CamScanner