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	SECRETARIA DE EDUCACION	
ACTA No.	3	
FECHA DEL ACTA	01/11/2024	
No. DE CONTRATO Y FECHA	2565 - 06/08/2024	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN	
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN QUE REALIZA LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN, EN LA FORMACIÓN Y ENSEÑANZA DE LA LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	
CONTRATISTA	NOMBRE	MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
	C.C./NIT	1098802499
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
	C.C./NIT	1098802499
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	MARTHA CECILIA GUARIN LIZCANO
	CARGO	Secretario (a) de Educacion
	C.C.	63395647
SUPERVISOR	NOMBRE:	CLARA MERCEDES CHACON NAVAS
	C.C./NIT:	39642777
VALOR DEL CONTRATO	$ 9.666.666,67	
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	5075
	FECHA:	22/07/2024
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	7579
	FECHA:	12/08/2024
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	12/08/2024
	Fecha de Finalización	07/12/2024
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	(3) TRES MESES Y (26) VEINTISEIS DIAS

Secretaría Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
01-11-24

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: 01/10/2024			
	HASTA: 30/10/2024			
VALOR A COBRAR	$ 2.500.000,00			
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00			
	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN

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: 2 de 2

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	Septiembre	15/10/2024	30970432	$ 1.786.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	
	NUEVA EPS S. A.	PROTECCIÓN S.A.	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	
	VR PAGADO $ 223.300,00	VR PAGADO $ 285.800,00	VR PAGADO $ 9.400,00	

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron CLARA MERCEDES CHACON NAVAS quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO 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: 3	$ 2.500.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 2.500.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
ORDENANZA 012	2502400558443	$ 430,00
PRO-HOSPITAL	2502400558443	$ 4.300,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 1 de Noviembre de 2024

Supervisor

CLARA MERCEDES CHACON NAVAS
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Representación propia
Contratista

Secretaría Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Elaboró: ANDRES SANTIAGO SERRANO FUENTES
Revisó: CLARA MERCEDES CHACON NAVAS

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400558443

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2024/10/21 **Fecha Limite de Pago** 2024/10/28

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098802499
Nombre MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502400558443(3900)00000000004730(96)20241028

0995162387
0571704275

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502400558443

0995162387
0571704275

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 1098802499
Nombre: MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Dirección: Teléfono:

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 2502400558443

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 2024/10/21 **Fecha Limite de Pago** 2024/10/28

PRO HOSPITAL $4.300

Total **$4.300**
Ordenanza 012 $430

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502400558443

Gobernación

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** 1098802499
Nombre MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400558443(3900)00000000004300(96)20241028

Fecha de Expedición 2024/10/21
Fecha Limite de Pago 2024/10/28

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502400558443

Banco

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098802499
Nombre MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400558443(3900)00000000004300(96)20241028

(415)8902012356006(8020)02502400558443(3900)00000000004430(96)20241028

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2024/10/21

Total a Pagar **$4.730**

PRO HOSPITAL $4.300

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

Total **$4.300**
Ordenanza 012 $430