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 SALUD Y AMBIENTE	
ACTA No.	4	
FECHA DEL ACTA	29/10/2024	
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	JERSSON LUIS GRANADOS CUAO
	CARGO	Secretario (a) de Salud y Ambiente (E)
	C.C.	84450644
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: 01/08/2024 ✓
	HASTA: 30/08/2024 ✓
VALOR A COBRAR	$ 11.076.363,00 ✓
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	02/10/2024	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 octubre la contadora publica 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: 4	$ 11.076.363,00 ✓
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 11.076.363,00 ✓

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502400553946	$ 4.300,00
ORDENANZA 012	2502400553946	$ 430,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 29 de Octubre 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: JERSSON LUIS GRANADOS CUAO-SUPERVISOR JAZMIN ADRIANA CABEZA-APOYO A LA SUPERVISION

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACION Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
ALCALDIA DE BUCARAMANGA
FECHA: 01-11-24

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400553946

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $4.300

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

Fecha de Expedición 18/10/2024 8:56:28 a. m. **Fecha Limite de Pago** 2024/10/24

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)02502400553946(3900)0000000004730(96)20241024

0989556426
0139509644

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE [illegible]
01-11-24
ALCALDIA DE B[illegible]

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400553946
Trámite
CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA
Tipo de Doc. N.I.
Número: 900595190
Nombre: NEUROTRAUMA CENTER
Dirección:
Teléfono:
Total a Pagar $4.730
Fecha de Expedición 18/10/2024 8:56:28 a. m. Fecha Limite de Pago 2024/10/24

PRO HOSPITAL $4.300

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

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400553946
Trámite
CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA
Total a Pagar $4.730
Fecha de Expedición 18/10/2024 8:56:28 a. m. Fecha Limite de Pago 2024/10/24

PRO HOSPITAL $4.300

Total Estampillas $4.300
Ordenanza 012 $430

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400553946
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. N.I. Número 900595190
Nombre NEUROTRAUMA CENTER
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER
(415)8902012356005(8020)02502400553946(3900)0000000004300(96)20241024
Fecha de Expedición 18/10/2024 8:56:28 a. m.
Fecha Limite de Pago 2024/10/24

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400553946
Con ribuyen e Tipo de Doc. N.I. Número 900595190
Nombre NEUROTRAUMA CENTER
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER
Trámite
CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA
Fecha de Expedición 18/10/2024 8:56:28 a. m.
Total a Pagar $4.730
(415)8902012356005(8020)02502400553946(3900)0000000004300(96)20241024
(415)8902012356006(8020)02502400553946(3900)0000000000430(96)20241024
PRO HOSPITAL $4.300

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

Total Estampillas $4.300
Ordenanza 012 $430

Pago Electrónico

Acta
Certif S
Fecit
Estum
Inform Sup. Inump
CD
Rua I
Sta 5 Secap