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 HACIENDA	
ACTA No.	4	
FECHA DEL ACTA	17/12/2024	
No. DE CONTRATO Y FECHA	2890 - 16/08/2024	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON ALUMBRADO PUBLICO EN LA SECRETARIA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.	
CONTRATISTA	NOMBRE	MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ
	C.C./NIT	63530367
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ
	C.C./NIT	63530367
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	REYNALDO JOSÉ D'SILVA URIBE
	CARGO	Secretario (a) de Hacienda
	C.C.	91473474
SUPERVISOR	NOMBRE:	REYNALDO JOSE D SILVA URIBE
	C.C./NIT:	91473474
VALOR DEL CONTRATO	$ 16.000.000,00	
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	5662
	FECHA:	01/08/2024
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	7940
	FECHA:	20/08/2024
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	20/08/2024
	Fecha de Finalización	19/12/2024
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	(4) CUATRO MESES

Secretaria Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Jessica Salas
18-12-24

MODIFICACIONES DEL CONTRATO

Tipo de Modificación	No.	Tiempo	Fecha Inicial	Fecha Final
Suspensiones	No Aplica	No Aplic.	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: 01/11/2024 HASTA: 30/11/2024
VALOR A COBRAR	$ 4.000.000,00
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN
Noviembre	16/12/2024	75078232	$ 1.600.000,00

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

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

	SANITAS	PROTECCIÓN S.A.	POSITIVA COMPAÑIA DE
	VR PAGADO $ 200.000,00	VR PAGADO $ 256.000,00	VR PAGADO $ 8.400,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron REYNALDO JOSE D SILVA URIBE quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ 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: 4	$ 4.000.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 4.000.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
ORDENANZA 012	2502400729331	$ 430,00
PRO-HOSPITAL	2502400729331	$ 4.300,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 17 de Diciembre de 2024.

Supervisor

REYNALDO JOSE D SILVA URIBE
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ
Representación propia
Contratista

Secretaría Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Elaboró: GUSTAVO ADOLFO GOMEZ FIGUEROA
Revisó: MA. CAMILA PABON/ ABG.SEC. HACIENDA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400729331

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63530367
Nombre MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502400729331(3900)00000000004730(96)20241223

0000000000
2705731749

Fecha de Expedición 16/12/2024 1:32:22 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2024/12/23

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400729331

0000000000
2705731749

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ
Dirección:
Número: 63530367
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400729331

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 16/12/2024 1:32:22 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2024/12/23

PRO HOSPITAL $4.300

Total Estampillas **$4.300**
Ordenanza 012 $430

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400729331

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.** C.C. **Número** 63530367
Nombre MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400729331(3900)00000000004300(96)20241223

Fecha de Expedición 16/12/2024 1:32:22 p. m.
Fecha Limite de Pago 2024/12/23

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400729331

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63530367
Nombre MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400729331(3900)00000000004300(96)20241223

(415)8902012356006(8020)02502400729331(3900)00000000004430(96)20241223

PRO HOSPITAL $4.300

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 16/12/2024 1:32:22 p. m.

Total a Pagar **$4.730**

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

Total Estampillas **$4.300**
Ordenanza 012 $430

Pagado Electrónicamente