	ACTA DE TERMINACIÓN /EJECUCIÓN FINAL DEL CONTRATO/ CONVENIO	

DATOS DEL CONTRATO		
DEPENDENCIA	SECRETARIA ADMINISTRATIVA (INVERSION)	
ACTA No.	1	
FECHA DEL ACTA	23/12/2024	
No. DE CONTRATO Y FECHA	2533 - 05/08/2024	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0	
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO PROFESIONAL CON MAESTRIA EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO: "FORTALECIMIENTO A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ATENCIÓN AL CIUDADANO A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA CULTURA ORGANIZACIONAL 2.0 EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA SANTANDER	
CONTRATISTA	NOMBRE:	ADRIANA MARTINEZ CERVELEON
	C.C./NIT	63528950
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE:	ADRIANA MARTINEZ CERVELEON
	C.C.	63528950
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	SONNIA YANETH GARCIA BENITEZ
	CARGO	Secretario (a) Administrativo (a)
	C.C.	37944818
SUPERVISOR	NOMBRE:	NATHALIE ANDREA SAAVEDRA RINCON
	C.C./NIT	1098603666
VALOR DEL CONTRATO	$ 36.000.000,00	
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	5639
	FECHA:	31/07/2024
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NUMERO:	7320
	FECHA:	06/08/2024
RP ADICIONAL	NUMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO:	05/08/2024
	FECHA FIN:	20/12/2024
	NUEVA FECHA TERMINACIÓN	No Aplica
	DURACIÓN:	(4) CUATRO MESES Y (15) QUINCE DIAS

Secretaria Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Rosa
27-12-24

MODIFICACIONES DEL CONTRATO	Tipo de Modificación	No.	Tiempo	Fecha Inicial	Fecha Final
	Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Prorrogas	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: 01/12/2024			
	HASTA: 20/12/2024			
VALOR A COBRAR	$ 5.333.333,33			
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 TERMINACIÓN /EJECUCIÓN FINAL DEL CONTRATO/ CONVENIO	Código: F-GJ-1100-239.17-693 Versión: 2.0 Fecha: 31/10/2024 Página: 2 de 4

	Diciembre	17/12/2024	94/9002321	$ 2.131.334,00
PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD		ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
	SURA EPS		COLPENSIONES	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO $ 876.100,00		VR PAGADO $ 141.400,00	VR PAGADO $ 72.100,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron NATHALIE ANDREA SAAVEDRA RINCON quien actua en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor y por la otra ADRIANA MARTINEZ CERVELEON quien actúa en nombre y representación propia con el fin de suscribir el acta de ejecución final del Contrato.

2. El Contratista ha ejecutado las actividades estipulas en el Contrato de acuerdo a las especificaciones técnicas y a satisfacción según informe de cumplimiento de obligaciones contractuales.

3. El Supervisor certifica que revisó el informe presentado por el Contratista respecto de actividades y se encuentran ajustados a los términos contractuales y plazos previstos en el citado Contrato.

4. El Contratista acreditó el pago de la seguridad social integral efectuado mediante la planilla relacionada

5. El supervisor autoriza el pago de las actividades realizadas, de acuerdo con el siguiente detalle:

Valor ejecutado en la presente acta:	$ 5.333.333,33
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 5.333.333,33

6. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502400745354	$ 4.300,00
ORDENANZA 012	2502400745354	$ 430,00

7. De conformidad con el Estado Presupuestal del Contrato, las certificaciones emitidas por el Supervisor, y los comprobantes de egreso emitidos por la Tesorería del Municipio de Bucaramanga, el Balance Financiero del Contrato es el siguiente:

CONCEPTO			VALORES
Valor inicial			$ 36.000.000,00
Valor adicionales			$ 0,00
Valor anticipo / Pago anticipado			$ 0,00
Valor total			$ 36.000.000,00
Valor amortizado a la fecha de la presente acta			$ 0,00
Pagos o causaciones realizados a la fecha de la presente acta	PERIODO	Nº COMPROBANTE	
	12-2024	2412001063	$ 5.333.333,33
	08-2024	2409001475	$ 6.666.666,67
	09-2024	2410001810	$ 8.000.000,00
	10-2024	2411001018	$ 8.000.000,00
	11-2024	2412001532	$ 8.000.000,00

Alcaldía de Bucaramanga	ACTA DE TERMINACIÓN /EJECUCIÓN FINAL DEL CONTRATO/ CONVENIO	Código: F-GJ-193-279.37-089 Versión: 3.0 Fecha: 30/04/2021 Página: 3 de 5

Valor total pagado o causado a la fecha	$ 36.000.000,00
Subtotal a pagar contra la presente acta	$ 5.333.333,33
Valor amortización contra la presente acta	$ 0,00
Valor bruto a pagar contra la presente acta	$ 5.333.333,33
Valor a liberar por el municipio	$ 0,00
Valor total ejecutado	$ 36.000.000,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 21 de Diciembre de 2024.

Supervisor

NATHALIE ANDREA SAAVEDRA RINCON
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

ADRIANA MARTINEZ CERVELEON
Representación propia
Contratista

Elaboró: JESICA PAOLA SALAS VERA - CPS SIGEP
Revisó: NATHALIE ANDREA SAAVEDRA RINCON - PROFESIONAL ESPECIALIZADO

SIGEP ALCALDIA DE BUCARAMANGA
FECHA 27/12/24
FIRMA AAR
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

OK [illegible]

Secretaría Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400745354

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** 63528950
Nombre ADRIANA MARTINEZ CERVELEON
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502400745354(3900)00000000004730(96)20241230

0000000000
2705731749

Fecha de Expedición 22/12/2024 5:50:05 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2024/12/30

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

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400745354

0000000000
2705731749

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 63528950
Nombre: ADRIANA MARTINEZ CERVELEON Teléfono:
Dirección:

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
2502400745354

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 22/12/2024 5:50:05 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2024/12/30

PRO HOSPITAL $4.300

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400745354

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** 63528950
Nombre ADRIANA MARTINEZ CERVELEON
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400745354(3900)00000000004300(96)20241230

Fecha de Expedición 22/12/2024 5:50:05 p. m.
Fecha Limite de Pago 2024/12/30

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400745354

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63528950
Nombre ADRIANA MARTINEZ CERVELEON
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400745354(3900)00000000004300(96)20241230

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 22/12/2024 5:50:05 p. m.

Total a Pagar **$4.730**

(415)8902012356006(8020)02502400745354(3900)00000000004430(96)20241230

PRO HOSPITAL $4.300

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

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