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 (INVERSION)	
ACTA No.	6	
FECHA DEL ACTA	01/07/2025	
No. DE CONTRATO Y FECHA	428 - 28/01/2025	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0	
OBJETO	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EN LA FORMULACIÓN DE PROYECTOS, EN LA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, SEGUIMIENTO AL PRESUPUESTO Y APOYO FINANCIERO A LOS PROCESOS CONTRACTUALES DE LA SECRETARIA DE HACIENDA Y AL FONDO MUNICIPAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.	
CONTRATISTA	NOMBRE	GEMMY MARCELA SUAREZ LEON
	C.C./NIT	1098792788
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	GEMMY MARCELA SUAREZ LEON
	C.C./NIT	1098792788
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ANA MARIA VARGAS SEPULVEDA
	CARGO	Secretario (a) Administrativo (a)
	C.C.	1095812067
SUPERVISOR	NOMBRE:	DIDIER AUGUSTO RODRIGUEZ LEON
	C.C./NIT:	91523784
VALOR DEL CONTRATO	$ 33.000.000,00	
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	684
	FECHA:	21/01/2025
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	1003
	FECHA:	29/01/2025
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	29/01/2025
	Fecha de Finalización	28/07/2025
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	(6) SEIS MESES

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Fecha: 03-07-25

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: 01/06/2025			
	HASTA: 30/06/2025			
VALOR A COBRAR	$ 5.500.000,00			
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00			
	PERIODO DE COTIZACIÓN	**FECHA DE PAGO**	**Nro. PLANILLA INTEGRADA**	**INGRESO BASE DE COTIZACIÓN**

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	Mayo	26/05/2025	9485541088	$ 2.200.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	
	SURA EPS	PROTECCIÓN S.A.	ARL SURA	
	VR PAGADO $ 275.000,00	VR PAGADO $ 352.000,00	VR PAGADO $ 11.500,00	

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron DIDIER AUGUSTO RODRIGUEZ LEON quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra GEMMY MARCELA SUAREZ LEON 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: 6	$ 5.500.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 5.500.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500397190	$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500397190	$ 480,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 1 de Julio de 2025.

Supervisor

DIDIER AUGUSTO RODRIGUEZ LEON
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

GEMMY MARCELA SUAREZ LEON
Representación propia
Contratista

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Elaboró: GUSTAVO ADOLFO GOMEZ FIGUEROA
Revisó: DIDIER AGUSTO RODRIGUEZ LEON

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500397190

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480
Total a Pagar	**$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/27 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/03

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098792788
Nombre GEMMY MARCELA SUAREZ LEON
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397190(3900)00000000005280(96)20250703

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500397190

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. CC Número: 1098792788
Nombre: GEMMY MARCELA SUAREZ LEON
Dirección: Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480
Total a Pagar	**$ 5.280**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500397190

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Total a Pagar	**$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/27 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/03

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500397190

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480
Total a Pagar	**$ 5.280**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098792788
Nombre GEMMY MARCELA SUAREZ LEON
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397190(3900)00000000004800(96)20250703

Fecha de Expedición 2025/06/27
Fecha Limite de Pago 2025/07/03

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500397190

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098792788
Nombre GEMMY MARCELA SUAREZ LEON
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2025/06/27

Total a Pagar	**$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500397190(3900)00000000004800(96)20250703

(415)8902012356006(8020)02502500397190(3900)00000000000480(96)20250703

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480