Alcaldía de Bucaramanga	**ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO**	Código: F-GJ-1140-238,37-082 Versión: 1.0 Fecha: MAYO-15-2020 Página: 1 de 2

DATOS DEL CONTRATO					
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE EDUCACION				
ACTA No.	2				
FECHA DEL ACTA	01/10/2020				
No. DE CONTRATO Y FECHA	959 - 21/08/2020				
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	ANA LEONOR RUEDA VIVAS			
	CARGO	Secretario (a) de Educacion			
	C.C.	63307168			
SUPERVISOR	NOMBRE:	MYRIAM JAIMES MARTINEZ			
	C.C./NIT:	37815120			
VALOR DEL CONTRATO	$ 5.150.000,00				
VALOR ADICIONADO	$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	2780			
	FECHA:	12/08/2020			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	3829			
	FECHA:	24/08/2020			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	24/08/2020			
	Fecha de Finalización	06/12/2020			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	TRES (3) MESES Y TRECE (13) DIAS			

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	
DÍAS A COBRAR	30 (treinta)
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/09/2020
	HASTA: 30/09/2020
VALOR A COBRAR	$ 1.500.000,00
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	Agosto	18/08/2020	44758756	$ 877.803,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	**ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES**	**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	
	NUEVA EPS S. A.	PROTECCIÓN S.A.	ARL SURA	
	VR PAGADO $ 109.800,00	**VR PAGADO $** 140.500,00	**VR PAGADO $** 4.600,00	

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron MYRIAM JAIMES MARTINEZ quien actúa en nombre y representación del 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: 2	$ 1.500.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 1.500.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502000258282	$ 2.900,00
PRO-ELECTRIFICACION	2502000258282	$ 1.500,00
ORDENANZA 012	2502000258282	$ 440,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 1 de Octubre de 2020.

Supervisor

MYRIAM JAIMES MARTINEZ
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

Contratista

MARIA CAMILA SANCHEZ ACEVEDO
Representación propia
Contratista

NOTA: Durante el periodo de la emergencia la firma en físico autógrafa de los documentos podrá reemplazarse por la aprobación de un mensaje de datos generado por medio de correo electrónico o a través de la plataforma SECOP II. En concordancia con las disposiciones señaladas en el artículo 7 de la ley 527 de 1999.

Elaboró: DAYANNA CARREÑO - CPS
Revisó: MYRIAM JAIMES MARTINEZ - SUPERVISORA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502000258282

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$2.900
PRO ELECTRIFICACIÓN	$1.500
Total Estampillas	**$4.400**
Ordenanza 012	$440
Total a Pagar	**$4.840**

Fecha de Expedición 2020/08/28 **Fecha Limite de Pago** 2020/09/03

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

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

(415)7709998038639(8020)02502000258282(3900)00000000004840(96)20200903

0724892096
3138969712

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502000258282

0724892096
3138969712

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

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

PRO HOSPITAL	$2.900
PRO ELECTRIFICACIÓN	$1.500
Total Estampillas	**$4.400**
Ordenanza 012	$440
Total a Pagar	**$4.840**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502000258282

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Total a Pagar **$4.840**

Fecha de Expedición 2020/08/28 **Fecha Limite de Pago** 2020/09/03

PRO HOSPITAL	$2.900
PRO ELECTRIFICACIÓN	$1.500
Total Estampillas	**$4.400**
Ordenanza 012	$440

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502000258282

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

PRO HOSPITAL	$2.900
PRO ELECTRIFICACIÓN	$1.500
Total Estampillas	**$4.400**
Ordenanza 012	$440
Total a Pagar	**$4.840**

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

(415)8902012356005(8020)02502000258282(3900)00000000004400(96)20200903

Fecha de Expedición 2020/08/28
Fecha Limite de Pago 2020/09/03

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502000258282

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

(415)8902012356005(8020)02502000258282(3900)00000000004400(96)20200903

(415)8902012356006(8020)02502000258282(3900)00000000004440(96)20200903

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2020/08/28

Total a Pagar **$4.840**

PRO HOSPITAL $2.900
PRO ELECTRIFICACIÓN $1.500

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

Total Estampillas **$4.400**
Ordenanza 012 $440

Pagado Electrónicamente