Alcaldía de Bucaramanga	ACTA DE LIQUIDACIÓN/EJECUCIÓN FINAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GJ-1100-238,37-083 Versión: 2.0 Fecha: MAYO-15-2020 Página: 1 de 3

DATOS DEL CONTRATO					
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE				
ACTA No.	1				
FECHA DEL ACTA	15/12/2020				
No. DE CONTRATO Y FECHA	1102 - 05/09/2020				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, LLEVANDO A CABO ACTIVIDADES RELACIONADAS CON MANEJO DE SISTEMAS INFORMATICOS PARA EL PROCESAMIENTO Y USO DE DATOS CON EL FIN DE AJUSTAR MODELOS DE ALGORITMOS DE APRENDIZAJE AUTOMATICO RELACIONADOS CON				
CONTRATISTA	NOMBRE:	JEFFERSON DAVID RODRIGUEZ CHIVATA			
	C.C./NIT	1098760251			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE:	JEFFERSON DAVID RODRIGUEZ CHIVATA			
	C.C.	1098760251			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	NELSON HELI BALLESTEROS VERA			
	CARGO	Secretario (a) de Salud y Ambiente			
	C.C.	91229945			
SUPERVISOR	NOMBRE:	NELSON HELI BALLESTEROS VERA			
	C.C./NIT	91229945			
VALOR DEL CONTRATO	$ 15.000.000,00				
VALOR ADICIONADO	$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	3076			
	FECHA:	31/08/2020			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	4194			
	FECHA:	07/09/2020			
RP ADICIONAL		NÚMERO: No Aplica			
		FECHA: No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO:	07/09/2020			
	FECHA FIN:	06/12/2020			
	NUEVA FECHA TERMINACIÓN	No Aplica			
	DURACIÓN:	3 MESES, SIN SUPERAR LA VIGENCIA FISCAL 2020,			

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	6 (seis)

Revisado por Oficina Contratación Alcaldía de Bucaramanga

PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/12/2020			
	HASTA: 06/12/2020			
VALOR A COBRAR	$ 1.000.000,00			
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**
	Diciembre	10/12/2020	9413861546	$ 1.177.056,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	**ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES**	**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	
	NUEVA EPS S. A.	COLPENSIONES	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	
	VR PAGADO $ 147.200,00	**VR PAGADO $** 188.400,00	**VR PAGADO $** 6.200,00	

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron NELSON HELI BALLESTEROS VERA quien actúa en nombre y representación del MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor y por la otra JEFFERSON DAVID RODRIGUEZ CHIVATA 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: 4	$ 1.000.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 1.000.000,00

6. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502000428553	$ 2.900,00
ORDENANZA 012	2502000428553	$ 290,00

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			$ 15.000.000,00
Valor adicionales			$ 0,00
Valor anticipo / Pago anticipado			$ 0,00
Valor total			$ 15.000.000,00
Valor amortizado a la fecha de la presente acta			$ 0,00
Pagos o causaciones realizados a la fecha de la presente acta	PERIODO	N° COMPROBANTE	
	11-2020	2011000446	$ 5.000.000,00
	09-2020	2010000508	$ 4.000.000,00
	10-2020	2011000913	$ 5.000.000,00
Valor total pagado o causado a la fecha			$ 14.000.000,00
Subtotal a pagar contra la presente acta			$ 1.000.000,00
Valor amortización contra la presente acta			$ 0,00
Valor bruto a pagar contra la presente acta			$ 1.000.000,00
Valor a liberar por el municipio			$ 0,00
Valor total ejecutado			$ 15.000.000,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 15 de Diciembre de 2020.

Supervisor

NELSON HELI BALLESTEROS VERA
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

Contratista

JEFFERSON DAVID RODRIGUEZ CHIVATA
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: VIVIANA PEÑA - APOYO C.P.S
Revisó: NELSON HELI BALLESTEROS - SUPERVISOR

Vobo. SIGEP

Revisado por Oficina Contratación Alcaldía de Bucaramanga

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502000428553

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$2.900

Total Estampillas **$2.900**
Ordenanza 012 $290
Total a Pagar **$3.190**

Fecha de Expedición 10/12/2020 4:59:20 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2020/12/16

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098760251
Nombre JEFFERSON DAVID RODRIGUEZ CHIVATA
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502000428553(3900)000000000003190(96)20201216

"0827329211"
"1304410124"

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502000428553

"0827329211"
"1304410124"

PRO HOSPITAL $2.900

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: JEFFERSON DAVID RODRIGUEZ CHIVATA
Dirección:
Número: 1098760251
Teléfono:

Total Estampillas **$2.900**
Ordenanza 012 $290
Total a Pagar **$3.190**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502000428553

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL $2.900

Total a Pagar **$3.190**

Fecha de Expedición 10/12/2020 4:59:20 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2020/12/16

Total Estampillas **$2.900**
Ordenanza 012 $290

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502000428553

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$2.900

Total Estampillas **$2.900**
Ordenanza 012 $290
Total a Pagar **$3.190**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098760251
Nombre JEFFERSON DAVID RODRIGUEZ CHIVATA
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502000428553(3900)000000000002900(96)20201216

Fecha de Expedición 10/12/2020 4:59:20 p. m.
Fecha Limite de Pago 2020/12/16

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502000428553

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098760251
Nombre JEFFERSON DAVID RODRIGUEZ CHIVATA
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502000428553(3900)000000000002900(96)20201216

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)02502000428553(3900)000000000000290(96)20201216

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

PRO HOSPITAL $2.900