



**ACTA DE TERMINACIÓN / EJECUCIÓN FINAL DEL  
CONTRATO/ CONVENIO**

Código: F-GJ-1100-238,37-083

Versión: 5.0

Fecha: JULIO-12-2021

Página: 1 de 3

DATOS DEL CONTRATO					
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL				
ACTA No.	1				
FECHA DEL ACTA	22/07/2025				
No. DE CONTRATO Y FECHA	167 - 21/01/2025				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO (A) PARA APOYAR LA GESTION JURIDICA Y CONTRACTUAL DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL, EN EL MARCO DEL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA"				
CONTRATISTA	NOMBRE:	CRISTHIAN FABIAN CUBIDES MENDOZA			
	C.C./NIT	1098743979			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE:	CRISTHIAN FABIAN CUBIDES MENDOZA			
	C.C.	1098743979			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	IVAN DARIO TORRES ALFONSO			
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social			
	C.C.	13740179			
SUPERVISOR	NOMBRE:	ORLANDO GALVIS APARICIO			
	C.C./NIT	91073468			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 28.800.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	\$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	296			
	FECHA:	20/01/2025			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	490			
	FECHA:	22/01/2025			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO:	22/01/2025			
	FECHA FIN:	21/07/2025			
	NUEVA FECHA TERMINACIÓN	No Aplica			
	DURACIÓN:	(6) SEIS MESES			
MODIFICACIONES DEL CONTRATO	<b>Tipo de Modificación</b>	<b>No.</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Fecha Inicial</b>	<b>Fecha Final</b>
	Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Prórrogas	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	<b>Tipo de Modificación</b>	<b>No.</b>	<b>Fecha de la adición</b>	<b>Valor adicionado</b>	<b>Valor total del contrato</b>
	Adiciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	<b>Otras Modificaciones</b>	<b>No.</b>	<b>Fecha de la modificación</b>	<b>Observaciones</b>	
	Cesión/Otro Si/Aclaraciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	No Aplica				
DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO					
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/07/2025				
	HASTA: 21/07/2025				
VALOR A COBRAR	\$ 3.360.000,00				
ANTICIPO AMORTIZADO	0,00 % Valor a amortizar: \$ 0,00				
	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	

**Secretaria Administrativa**  
 Recibido por:  
**Oficina de Contratación**  
 Alcaldía de Bucaramanga  
*Diana P.*  
 22-07-2025



**ACTA DE TERMINACIÓN /EJECUCIÓN FINAL DEL  
CONTRATO/ CONVENIO**

Código: F-GJ-1100-238,37-083

Versión: 5.0

Fecha: JULIO-12-2021

Página: 2 de 3

<b>PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	Julio	16/07/2025	9488783132	\$ 1.344.000,00
	<b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD</b>	<b>ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES</b>		<b>ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES</b>
	SANITAS	PROTECCIÓN S.A.		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	<b>VR PAGADO \$</b> 168.000,00	<b>VR PAGADO \$</b> 215.100,00	<b>VR PAGADO \$</b> 7.100,00	

**CONSTANCIAS**

- En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron ORLANDO GALVIS APARICIO quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor y por la otra CRISTHIAN FABIAN CUBIDES MENDOZA quien actúa en nombre y representación propia , con el fin de suscribir el acta de ejecución final del Contrato.
- 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.
- 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.
- El Contratista acreditó el pago de la seguridad social integral efectuado mediante la planilla relacionada
- El supervisor autoriza el pago de las actividades realizadas, de acuerdo con el siguiente detalle:

<b>Valor ejecutado en la presente acta:</b>	7	\$ 3.360.000,00
<b>Valor IVA:</b>		\$ 0,00
<b>Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado</b>		\$ 0,00
<b>Valor bruto ejecutado a pagar</b>		\$ 3.360.000,00

- Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500449328	\$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500449328	\$ 480,00

- 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
<b>Valor inicial</b>		\$ 28.800.000,00
<b>Valor adicionales</b>		\$ 0,00
<b>Valor anticipo / Pago anticipado</b>		\$ 0,00
<b>Valor total</b>		\$ 28.800.000,00
<b>Valor amortizado a la fecha de la presente acta</b>		\$ 0,00
<b>Pagos o causaciones realizados a la fecha de la presente acta</b>	<b>PERIODO</b>	<b>N° COMPROBANTE</b>
	01-2025	2502000364
	02-2025	2503000062
	03-2025	2504000090
	04-2025	2505000275
	05-2025	2506000136
	06-2025	2507000145



ACTA DE TERMINACIÓN /EJECUCIÓN FINAL DEL  
CONTRATO/ CONVENIO

Código: F-GJ-1100-238,37-083

Versión: 5.0

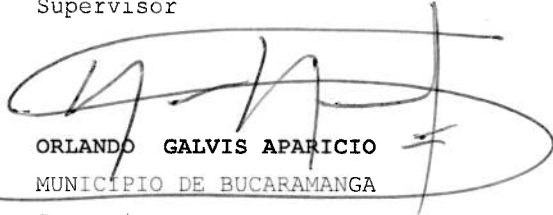
Fecha: JULIO-12-2021

Página: 3 de 3

Valor total pagado o causado a la fecha	\$ 25.440.000,00
Subtotal a pagar contra la presente acta	\$ 3.360.000,00
Valor amortización contra la presente acta	\$ 0,00
Valor bruto a pagar contra la presente acta	\$ 3.360.000,00
Valor a liberar por el municipio	\$ 0,00
Valor total ejecutado	\$ 28.800.000,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 22 de Julio de 2025.

Supervisor



ORLANDO GALVIS APARICIO  
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA

Supervisor

Contratista



CRISTHIAN FABIAN CUBIDES MENDOZA  
Representación propia  
Contratista

Elaboró: BLANCA N GONGORA CARTAGENA-CPS/SDS

Revisó: ORLANDO GALVIS APARICIO-SUPERVISOR/SDS

Secretaría Administrativa  
Recibido por:  
Oficina de Contratación  
Alcaldía de Bucaramanga



# Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recibo N°  
2502500449328

Contribuyente

<b>Trámite</b>	CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES
PRO HOSPITAL	\$ 4.800
<b>Total Estampillas</b>	<b>\$ 4.800</b>
Ordenanza 012	\$ 480
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 5.280</b>
<b>Fecha de Expedición</b>	2025/07/16
<b>Fecha Limite de Pago</b>	2025/07/22
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	

<b>Contribuyente</b>	Tipo de Doc. CC	Número 1098743979
Nombre	cristhian fabian cubides mendoza	
Dirección	Teléfono	
Municipio	Departamento	



(415)7709998038639(8020)02502500449328(3900)00000000005280(96)20250722

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas** Recibo N°  
2502500449328

Trámite

<b>Trámite</b>	CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
Tipo de Doc. CC	Número: 1098743979
Nombre: cristhian fabian cubides mendoza	Dirección:
Dirección:	Teléfono:

PRO HOSPITAL	\$ 4.800
<b>Total Estampillas</b>	<b>\$ 4.800</b>
Ordenanza 012	\$ 480
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 5.280</b>

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas** Recibo N°  
2502500449328

SVC

<b>Trámite</b>	CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
<b>Total a Pagar</b> \$ 5.280	
<b>Fecha de Expedición</b>	2025/07/16
<b>Fecha Limite de Pago</b>	2025/07/22

PRO HOSPITAL	\$ 4.800
<b>Total Estampillas</b>	<b>\$ 4.800</b>
Ordenanza 012	\$ 480

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas** Recibo N°  
2502500449328

Gobernación

<b>Trámite</b>	CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
PRO HOSPITAL	\$ 4.800
<b>Total Estampillas</b>	<b>\$ 4.800</b>
Ordenanza 012	\$ 480
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 5.280</b>

<b>Contribuyente</b>	Tipo de Doc. CC	Número 1098743979
Nombre	cristhian fabian cubides mendoza	
Dirección	Teléfono	
Municipio	Departamento	



(415)8902012356005(8020)02502500449328(3900)00000000004800(96)20250722

**Fecha de Expedición** 2025/07/16  
**Fecha Limite de Pago** 2025/07/22

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas** Recibo N°  
2502500449328

Banco

<b>Con ribuyen e</b>	Tipo de Doc. CC	Número 1098743979
Nombre	cristhian fabian cubides mendoza	
Dirección	Teléfono	
Municipio	Departamento	

<b>Trámite</b>	CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
<b>Fecha de Expedición</b>	2025/07/16
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 5.280</b>



(415)8902012356005(8020)02502500449328(3900)00000000004800(96)20250722



(415)8902012356006(8020)02502500449328(3900)00000000004800(96)20250722

PRO HOSPITAL \$ 4.800

**Total Estampillas** \$ 4.800  
Ordenanza 012 \$ 480