



**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				
ACTA No.	6				
FECHA DEL ACTA	01/08/2025				
No. DE CONTRATO Y FECHA	1211 - 13/02/2025				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ABOGADO PARA BRINDAR ASESORÍA Y APOYO EN ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTIÓN DEL DESPACHO DE LA SECRETARIA DE HACIENDA DE BUCARAMANGA.				
CONTRATISTA	NOMBRE	GREYS ROCIO HERNANDEZ ARIZA			
	C.C./NIT	1098714887			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	GREYS ROCIO HERNANDEZ ARIZA			
	C.C./NIT	1098714887			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ANA MARIA VARGAS SEPULVEDA			
	CARGO	Secretario (a) Administrativo (a)			
	C.C.	1095812067			
SUPERVISOR	NOMBRE:	REYNALDO JOSE D SILVA URIBE			
	C.C./NIT:	91473474			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 36.000.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	\$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	2086			
	FECHA:	12/02/2025			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	2196			
	FECHA:	14/02/2025			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	14/02/2025			
	Fecha de Finalización	13/08/2025			
	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/OtroSi/Aclaraciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	No Aplica				
<b>DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO</b>					
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/07/2025				
	HASTA: 30/07/2025				
VALOR A COBRAR	\$ 6.000.000,00				
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: \$ 0,00				
	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	
	Julio	28/07/2025	9489607414	\$ 2.720.000,00	

*Secretaría Administrativa  
Recibido por  
Oficina de Contratación  
Alcaldía de Bucaramanga  
Liliana Angeli  
05-08-2021*



ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL  
CONTRATO/CONVENIO

Código: F-GJ-1140-238,37-082

Versión: 3.0

Fecha: JULIO-12-2021

Página: 2 de 2

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
	SURA EPS	PORVENIR S.A.	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO \$ 300.000,00	VR PAGADO \$ 384.000,00	VR PAGADO \$ 12.600,00

CONSTANCIAS

- En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron REYNALDO JOSE D SILVA URIBE quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra GREYS ROCIO HERNANDEZ ARIZA quien actúa en nombre y representación propia, con el fin de entregar y recibir el informe de avance de ejecución del Contrato.
- El Contratista acreditó el pago de la seguridad social integral efectuado mediante la planilla relacionada
- 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.
- El Supervisor autoriza el pago de las actividades realizadas, de acuerdo con el siguiente detalle:

Valor ejecutado en la presente acta:	6	\$ 6.000.000,00
Valor IVA:		\$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado		\$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar		\$ 6.000.000,00

- Se adhirió y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500493397	\$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500493397	\$ 480,00

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

Supervisor

REYNALDO JOSE D SILVA URIBE  
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA  
Supervisor

Contratista

GREYS ROCIO HERNANDEZ ARIZA  
Representación propia  
Contratista

Secretaría Administrativa  
Recibido por:  
Oficina de Contratación  
Alcaldía de Bucaramanga

Elaboró: GUSTAVO ADOLFO GOMEZ FIGUEROA  
Revisó: MARIA CAMILA PABON ABOGADA CFS

# Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº  
2502500493397

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>	2025/08/01
<b>Fecha Limite de Pago</b>	2025/08/07
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	

<b>Contribuyente</b>	Tipo de Doc. CC	Número 1098714887
Nombre GREYS ROCIO HERNANDEZ ARIZA		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)7709998038639(8020)02502500493397(3900)00000000005280(96)20250807

Trámite

<b>Trámite</b>	CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
Tipo de Doc. CC	Número: 1098714887
Nombre: GREYS ROCIO HERNANDEZ ARIZA	Dirección:
Dirección:	Teléfono:

Recibo Nº  
2502500493397

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

SVC

<b>Trámite</b>	CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 5.280</b>
<b>Fecha de Expedición</b>	2025/08/01
<b>Fecha Limite de Pago</b>	2025/08/07

Recibo Nº  
2502500493397

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

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>

Recibo Nº  
2502500493397

<b>Contribuyente</b>	Tipo de Doc. CC	Número 1098714887
Nombre GREYS ROCIO HERNANDEZ ARIZA		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento




(415)8902012356005(8020)02502500493397(3900)00000000004800(96)20250807

<b>Fecha de Expedición</b>	2025/08/01
<b>Fecha Limite de Pago</b>	2025/08/07


Banco

<b>Con ribuyen e</b>	Tipo de Doc. CC	Número 1098714887
Nombre GREYS ROCIO HERNANDEZ ARIZA		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento
<b>Trámite</b>	CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga		
<b>Fecha de Expedición</b>	2025/08/01	
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 5.280</b>	

Recibo Nº  
2502500493397



(415)8902012356005(8020)02502500493397(3900)00000000004800(96)20250807



(415)8902012356006(8020)02502500493397(3900)00000000000480(96)20250807

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