

**ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL
CONTRATO/CONVENIO**

Código: F-GJ-1140-230,37-082

Versión: 3.0

Fecha: JULIO-12-2021

Página: 1 de 2

DATOS DEL CONTRATO

DEPENDENCIA	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL				
ACTA No.	6				
FECHA DEL ACTA	01/08/2025				
No. DE CONTRATO Y FECHA	1261 - 14/02/2025				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL MARCO DEL PROYECTO DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL "FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA"				
CONTRATISTA	NOMBRE	DYRLEN DANIELA HERNANDEZ MARTINEZ			
	C.C./NIT	1098808667			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	DYRLEN DANIELA HERNANDEZ MARTINEZ			
	C.C./NIT	1098808667			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	IVAN DARIO TORRES ALFONSO			
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social			
	C.C.	13740179			
SUPERVISOR	NOMBRE:	CARMEN ROSA ACEVEDO BELLO			
	C.C./NIT:	63322130			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 19.800.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO	\$ 0,00				
ANTICIPADO 0,00 %					
CDP	NÚMERO:	1901			
	FECHA:	07/02/2025			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	2313			
	FECHA:	17/02/2025			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	17/02/2025			
	Fecha de Finalización	16/08/2025			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	(6) SEIS MESES			
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/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: 30/07/2025				
VALOR A COBRAR	\$ 3.300.000,00				
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: \$ 0,00				
	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Liliana A. C.
05-08-2025



ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL
CONTRATO/CONVENIO

Código: P-GJ-1140-208,37-082

Versión: 3.0

Fecha: JULIO-12-2021

Página: 2 de 2

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	JUNIO	24/07/2025	9486122458	\$ 1.423.500,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
	SALUD MIA EPS	PORVENIR S.A.		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO \$	179.000,00	VR PAGADO \$	229.100,00 VR PAGADO \$ 7.600,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron CARMEN ROSA ACEVEDO BELLO quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra DYRLÉN DANIELA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ 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	\$ 3.300.000,00
Valor IVA:		\$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado		\$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar		\$ 3.300.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500481099	\$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500481099	\$ 480,00

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

Supervisor

CARMEN ROSA ACEVEDO BELLO
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA

Supervisor

Contratista

DYRLÉN DANIELA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ
Representación propia
Contratista

Elaboró: BLANCA N GONGORA CARTAGENA-CPS/SDS
Revisó: CARMEN ROSA ACEVEDO BELLO-SUPERVISOR/SDS

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo N°
2502500481099

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL

\$ 4.800

Contribuyente Tipo de Doc. CC Número 1098808667

Nombre DYRLÉN DANIELA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Dirección

Teléfono

Municipio

Departamento



(415)770998038633(0020)02502500481099(3900)0000000005280(96)20250804

Total Estampillas

\$ 4.800

Ordenanza 012

\$ 480

Total a Pagar

\$ 5.280

Fecha de Expedición 2025/07/29

Fecha Límite de Pago 2025/08/04

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga



Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo N°
2502500481099

PRO HOSPITAL

\$ 4.800

Trámite

CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Tipo de Doc. CC

Nombre: DYRLÉN DANIELA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Dirección:

Número: 1098808667

Teléfono:

Total Estampillas

\$ 4.800

Ordenanza 012

\$ 480

Total a Pagar

\$ 5.280



Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo N°
2502500481099

PRO HOSPITAL

\$ 4.800

SYC

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Total a Pagar

\$ 5.280

Fecha de Expedición 2025/07/29

Fecha Límite de Pago 2025/08/04

Total Estampillas

\$ 4.800

Ordenanza 012

\$ 480



Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo N°
2502500481099

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

PRO HOSPITAL

\$ 4.800

Contribuyente Tipo de Doc. CC Número 1098808667

Nombre DYRLÉN DANIELA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Dirección

Teléfono

Municipio

Departamento



(415)8902012356005(0020)02502500481099(3900)0000000004800(96)20250804

Total Estampillas

\$ 4.800

Ordenanza 012

\$ 480

Total a Pagar

\$ 5.280

Fecha de Expedición 2025/07/29

Fecha Límite de Pago 2025/08/04



Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo N°
2502500481099

Contribuyente Tipo de Doc. CC Número 1098808667

Nombre DYRLÉN DANIELA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Dirección

Teléfono

Municipio

Departamento



(415)8902012356005(0020)02502500481099(3900)0000000004800(96)20250804



(415)8902012356005(0020)02502500481099(3900)0000000004800(96)20250804

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Banco