Alcaldía de Bucaramanga	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 INFRAESTRUCTURA				
ACTA No.	1				
FECHA DEL ACTA	06/08/2025				
No. DE CONTRATO Y FECHA	743 - 04/02/2025				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERA INDUSTRIAL PARA APOYAR EL AREA DE GESTIÓN DOCUMENTAL EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS DE LA SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA				
CONTRATISTA	NOMBRE:	CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ			
	C.C./NIT	1098728508			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE:	CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ			
	C.C.	1098728508			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	MARIA DEL ROSARIO TORRES VARGAS			
	CARGO	Secretario (a) de Infraestructura			
	C.C.	63337510			
SUPERVISOR	NOMBRE:	MARIA DEL ROSARIO TORRES VARGAS			
	C.C./NIT	63337510			
VALOR DEL CONTRATO	$ 42.000.000,00				
VALOR ADICIONADO	$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	1075			
	FECHA:	27/01/2025			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	1469			
	FECHA:	05/02/2025			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO:	05/02/2025			
	FECHA FIN:	04/08/2025			
	NUEVA FECHA TERMINACIÓN	No Aplica			
	DURACIÓN:	(6) SEIS MESES			

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
11-08-2025

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				
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/08/2025			
	HASTA: 04/08/2025			
VALOR A COBRAR	$ 933.333,33			
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	06/08/2025	79637107	$ 1.423.500,00
	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 $ 178.000,00	VR PAGADO $ 227.800,00		VR PAGADO $ 7.500,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron MARIA DEL ROSARIO TORRES VARGAS quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor y por la otra CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ 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 estipuladas 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: 7	$ 933.333,33
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 933.333,33

6. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500499436	$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500499436	$ 480,00

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			$ 42.000.000,00
Valor adicionales			$ 0,00
Valor anticipo / Pago anticipado			$ 0,00
Valor total			$ 42.000.000,00
Valor amortizado a la fecha de la presente acta			$ 0,00
Pagos o causaciones realizados a la fecha de la presente acta	PERIODO	Nº COMPROBANTE	
	02-2025	2503000480	$ 6.066.666,67
	03-2025	2504001019	$ 7.000.000,00
	04-2025	2505000598	$ 7.000.000,00
	05-2025	2506001005	$ 7.000.000,00
	06-2025	2507000368	$ 7.000.000,00

	07-2025	2508000086	$ 7.000.000,00
Valor total pagado o causado a la fecha			$ 41.066.666,67
Subtotal a pagar contra la presente acta			$ 933.333,33
Valor amortización contra la presente acta			$ 0,00
Valor bruto a pagar contra la presente acta			$ 933.333,33
Valor a liberar por el municipio			$ 0,00
Valor total ejecutado			$ 42.000.000,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 6 de Agosto de 2025.

Supervisor

MARIA DEL ROSARIO TORRES VARGAS
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Representación propia
Contratista

Elaboró: NUBIA CONSTANZA VALENCIA PINZON
Revisó: NUBIA CONSTANZA VALENCIA PINZON

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

SIGEP ALCALDIA DE BUCARAMANGA
FECHA: 06/08/2025
FIRMA:
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

8 de ago/2013

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500499436

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480
Total a Pagar	**$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/08/05 **Fecha Limite de Pago** 2025/08/11

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098728508
Nombre CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500499436(3900)00000000005280(96)20250811

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500499436

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. CC
Nombre: CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Dirección:
Número: 1098728508
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480
Total a Pagar	**$ 5.280**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500499436

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/08/05 **Fecha Limite de Pago** 2025/08/11

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500499436

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480
Total a Pagar	**$ 5.280**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098728508
Nombre CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500499436(3900)00000000004800(96)20250811

Fecha de Expedición 2025/08/05
Fecha Limite de Pago 2025/08/11

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500499436

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098728508
Nombre CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2025/08/05

Total a Pagar **$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500499436(3900)00000000004800(96)20250811

(415)8902012356006(8020)02502500499436(3900)00000000000480(96)20250811

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480