

 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 DEL INTERIOR				
ACTA No.	1				
FECHA DEL ACTA	12/08/2025				
No. DE CONTRATO Y FECHA	1045 - 11/02/2025				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO: "APOYO TECNICO Y PROFESIONAL A LAS DIFERENTES INSPECCIONES DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA"				
CONTRATISTA	NOMBRE:	DIANA CAROLINA RAMIREZ MENDEZ			
	C.C./NIT	1098808073			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE:	DIANA CAROLINA RAMIREZ MENDEZ			
	C.C.	1098808073			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	GILDARDO RAYO RINCON			
	CARGO	Secretario (a) del Interior			
	C.C.	94390033			
SUPERVISOR	NOMBRE:	JUAN JOSE QUINTERO URIBE			
	C.C./NIT	91536320			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 24.600.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO	\$ 0,00				
ANTICIPADO 0,00 %					
CDP	NÚMERO:	1703			
	FECHA:	05/02/2025			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	2037			
	FECHA:	12/02/2025			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO:	12/02/2025			
	FECHA FIN:	11/08/2025			
	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/Otros/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: 11/08/2025				
VALOR A COBRAR	\$ 1.503.333,33				
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	
	Agosto	12/08/2025	8637476069	\$ 1.640.000,00	
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		

Secretaria Administrativa
 Recibido por:
 Oficina de Contratación
 Alcaldía de Bucaramanga
 Diana P.
 14-08-2025



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

SURA EPS

PORVENIR S.A.

POSITIVA COMPAÑIA DE

VR PAGADO \$

205.000,00

VR PAGADO \$

262.400,00

VR PAGADO \$

8.600,00

CONSTANCIAS

- En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron JUAN JOSE QUINTERO URIBE quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor y por la otra DIANA CAROLINA RAMIREZ MENDEZ 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:

Valor ejecutado en la presente acta:	7	\$ 1.503.333,33
Valor IVA:		\$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado		\$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar		\$ 1.503.333,33

- Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500510734	\$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500510734	\$ 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:

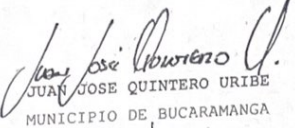
CONCEPTO			VALORES
Valor inicial			\$ 24.600.000,00
Valor adicionales			\$ 0,00
Valor anticipo / Pago anticipado			\$ 0,00
Valor total			\$ 24.600.000,00
Valor amortizado a la fecha de la presente acta			\$ 0,00
Pagos o causaciones realizados a la fecha de la presente acta	PERIODO	N° COMPROBANTE	
	08-2025	2508000396	\$ 1.503.333,33
	02-2025	2503000662	\$ 2.596.666,67
	03-2025	2504000816	\$ 4.100.000,00
	04-2025	2505000525	\$ 4.100.000,00
	05-2025	2506001742	\$ 4.100.000,00
	06-2025	2507001542	\$ 4.100.000,00
	07-2025	2508001132	\$ 4.100.000,00

 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: 3 de 3

Valor total pagado o causado a la fecha	\$ 24.600.000,00
Subtotal a pagar contra la presente acta	\$ 1.503.333,33
Valor amortización contra la presente acta	\$ 0,00
Valor bruto a pagar contra la presente acta	\$ 1.503.333,33
Valor a liberar por el municipio	\$ 0,00
Valor total ejecutado	\$ 24.600.000,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 12 de Agosto de 2025.

Supervisor

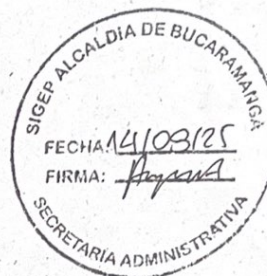

 JUAN JOSE QUINTERO URIBE
 MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
 Supervisor *don ok*

Contratista


 DIANA CAROLINA RAMIREZ MENDEZ
 Representación propia
 Contratista

Elaboró: ADRIANA XIMENA MONTAÑEZ FLÓREZ *AM*
 Revisó: JUAN JOSE QUINTERO URIBE *J.O.*

Secretaría Administrativa
 Recibido por:
 Oficina de Contratación
 Alcaldía de Bucaramanga



ok wj 2025

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500510734

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

2025/08/11

Fecha Limite de Pago

2025/08/17

Con destino a:

Alcaldía de Bucaramanga

Contribuyente

Tipo de Doc. CC

Número 1098808073

Nombre

DIANA CAROLINA RAMIREZ MENDEZ

Dirección

Teléfono

Municipio

Departamento

(415)7709998038639(8020)02502500510734(3900)00000000005280(96)20250817

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500510734

Trámite

CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a:

Alcaldía de Bucaramanga

Tipo de Doc. CC

Número: 1098808073

Nombre: DIANA CAROLINA RAMIREZ MENDEZ

Dirección:

Teléfono:

PRO HOSPITAL

\$ 4.800

Total Estampillas

\$ 4.800

Ordenanza 012

\$ 480

Total a Pagar

\$ 5.280

SVC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500510734

Trámite

CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a:

Alcaldía de Bucaramanga

Total a Pagar

\$ 5.280

Fecha de Expedición

2025/08/11

Fecha Limite de Pago

2025/08/17

PRO HOSPITAL

\$ 4.800

Total Estampillas

\$ 4.800

Ordenanza 012

\$ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500510734

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 1098808073

Nombre

DIANA CAROLINA RAMIREZ MENDEZ

Dirección

Teléfono

Municipio

Departamento

(415)8902012356005(8020)02502500510734(3900)00000000004800(96)20250817

Fecha de Expedición

2025/08/11

Fecha Limite de Pago

2025/08/17

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500510734

Con ribuyen e

Tipo de Doc. CC

Número 1098808073

Nombre

DIANA CAROLINA RAMIREZ MENDEZ

Dirección

Teléfono

Municipio

Departamento

Trámite

CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a:

Alcaldía de Bucaramanga

Fecha de Expedición

2025/08/11

Total a Pagar

\$ 5.280

(415)8902012356005(8020)02502500510734(3900)00000000004800(96)20250817

(415)8902012356006(8020)02502500510734(3900)00000000004800(96)20250817

PRO HOSPITAL

\$ 4.800

Total Estampillas

\$ 4.800

Ordenanza 012

\$ 480