Alcaldía de Bucaramanga	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 INFRAESTRUCTURA				
ACTA No.	1				
FECHA DEL ACTA	02/09/2025				
No. DE CONTRATO Y FECHA	3393 - 21/08/2025				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO INDUSTRIAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE GESTION DOCUMENTAL EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE LA SECRETARÍA DE INFRAESTRUCTURA.				
CONTRATISTA	NOMBRE	CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ			
	C.C./NIT	1098728508			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ			
	C.C./NIT	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	$ 28.000.000,00				
VALOR ADICIONADO	$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	6203			
	FECHA:	15/08/2025			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	8795			
	FECHA:	22/08/2025			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	22/08/2025			
	Fecha de Finalización	21/12/2025			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	(4) CUATRO MESES			

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
05-09-2025

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: 22/08/2025			
	HASTA: 30/08/2025			
VALOR A COBRAR	$ 2.100.000,00			
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00			
	PERIODO DE COTIZACIÓN	**FECHA DE PAGO**	**Nro. PLANILLA INTEGRADA**	**INGRESO BASE DE COTIZACIÓN**

Alcaldía de Bucaramanga	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	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 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: 1	$ 2.100.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 2.100.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500562907	$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500562907	$ 480,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 2 de Septiembre de 2025.

Supervisor

MARIA DEL ROSARIO TORRES VARGAS
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Representación propia
Contratista

Secretaria Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Elaboró: NUBIA CONSTANZA VALENCIA PINZON CPS 2925
Revisó: JENNY PAOLA RODRÍGUEZ

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500562907

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 2025/09/02 **Fecha Limite de Pago** 2025/09/08

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098728508
Nombre Catherin Rocio De Alba Méndez
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500562907(3900)00000000005280(96)20250908

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500562907

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. CC Número: 1098728508
Nombre: Catherin Rocio De Alba Méndez
Dirección: 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 2502500562907

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/09/02 **Fecha Limite de Pago** 2025/09/08

PRO HOSPITAL $ 4.800

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500562907

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 Méndez
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500562907(3900)00000000004800(96)20250908

Fecha de Expedición 2025/09/02
Fecha Limite de Pago 2025/09/08

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500562907

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098728508
Nombre Catherin Rocio De Alba Méndez
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2025/09/02

Total a Pagar **$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500562907(3900)00000000004800(96)20250908

(415)8902012356006(8020)02502500562907(3900)00000000000480(96)20250908

PRO HOSPITAL $ 4.800

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