



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 DEL INTERIOR				
ACTA No.	2				
FECHA DEL ACTA	01/10/2025				
No. DE CONTRATO Y FECHA	2961 - 04/08/2025				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO: "ASISTENCIA INTEGRAL A LA POBLACION VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA".				
CONTRATISTA	NOMBRE	JUAN DE DIOS LOPEZ			
	C.C./NIT	13846197			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	JUAN DE DIOS LOPEZ			
	C.C./NIT	13846197			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	GILDARDO RAYO RINCON			
	CARGO	Secretario (a) del Interior			
	C.C.	94390033			
SUPERVISOR	NOMBRE:	INGRID KATHERINE LOPEZ SANDOVAL			
	C.C./NIT:	1095786666			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 13.066.666,67				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO	\$ 0,00				
ANTICIPADO 0,00 %					
CDP	NÚMERO:	5519			
	FECHA:	28/07/2025			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	7925			
	FECHA:	05/08/2025			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	05/08/2025			
	Fecha de Finalización	24/12/2025			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	(4) CUATRO MESES Y (20) VEINTE DIAS			
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/Otro Si/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: 01/09/2025				
	HASTA: 30/09/2025				
VALOR A COBRAR	\$ 2.800.000,00				
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: \$ 0,00				
PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN		
	Septiembre	25/09/2025	9491412568	\$ 1.423.500,00	

Secretaría Administrativa  
Recibido por:  
Oficina de Contratación  
Alcaldía de Bucaramanga  
*Diana P.*  
02-10-2025



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
	SANITAS	NO APLICA	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO \$ 178.000,00	VR PAGADO \$	VR PAGADO \$ 7.500,00

CONSTANCIAS

- En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron INGRID KATHERINE LOPEZ SANDOVAL quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra JUAN DE DIOS LOPEZ 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:	2	\$ 2.800.000,00
Valor IVA:		\$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado		\$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar		\$ 2.800.000,00

- Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500612639	\$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500612639	\$ 480,00

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

Supervisor

*Ingrid Katherine Lopez Sandoval*  
INGRID KATHERINE LOPEZ SANDOVAL  
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA  
Supervisor *Jo Bo*

*clan de*

Contratista

*Juan de Dios Lopez*  
JUAN DE DIOS LOPEZ  
Representación propia  
Contratista

Secretaria Administrativa  
Recibido por:  
Oficina de Contratación  
Alcaldía de Bucaramanga

Elaboró: ADRIANA XIMENA MONTAÑEZ FLÓREZ  
Revisó: INGRID KATHERINE LOPEZ SANDOVAL

# Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº  
2502500612639

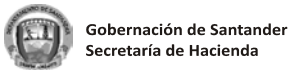
Contribuyente

<b>Trámite</b> CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES
PRO HOSPITAL \$ 4.800
<b>Total Estampillas</b> \$ 4.800
Ordenanza 012 \$ 480
<b>Total a Pagar</b> \$ 5.280
Fecha de Expedición 2025/09/25 Fecha Limite de Pago 2025/10/01
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

<b>Contribuyente</b> Tipo de Doc. CC Número 13846197
Nombre JUANDEDIOS LOPEZ
Dirección Teléfono
Municipio Departamento



(415)7709998038639(8020)02502500612639(3900)00000000005280(96)20251001



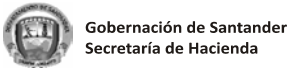
Recaudo de Estampillas Recibo Nº 2502500612639

PRO HOSPITAL \$ 4.800

Trámite

<b>Trámite</b> CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga
Tipo de Doc. CC Número: 13846197
Nombre: JUANDEDIOS LOPEZ Dirección: Teléfono:

**Total Estampillas** \$ 4.800  
Ordenanza 012 \$ 480  
**Total a Pagar** \$ 5.280



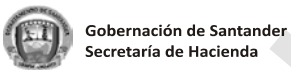
Recaudo de Estampillas Recibo Nº 2502500612639

PRO HOSPITAL \$ 4.800

SVC

<b>Trámite</b> CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga
<b>Total a Pagar</b> \$ 5.280
Fecha de Expedición 2025/09/25 Fecha Limite de Pago 2025/10/01

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



Recaudo de Estampillas Recibo Nº 2502500612639

Gobernación

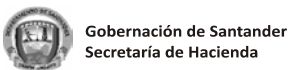
<b>Trámite</b> CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga
PRO HOSPITAL \$ 4.800
<b>Total Estampillas</b> \$ 4.800
Ordenanza 012 \$ 480
<b>Total a Pagar</b> \$ 5.280

<b>Contribuyente</b> Tipo de Doc. CC Número 13846197
Nombre JUANDEDIOS LOPEZ
Dirección Teléfono
Municipio Departamento



(415)8902012356005(8020)02502500612639(3900)00000000004800(96)20251001

Fecha de Expedición 2025/09/25  
Fecha Limite de Pago 2025/10/01



Recaudo de Estampillas Recibo Nº 2502500612639

Banco

<b>Con ribuyen e</b> Tipo de Doc. CC Número 13846197
Nombre JUANDEDIOS LOPEZ
Dirección Teléfono
Municipio Departamento



(415)8902012356005(8020)02502500612639(3900)00000000004800(96)20251001

<b>Trámite</b> CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga
Fecha de Expedición 2025/09/25
<b>Total a Pagar</b> \$ 5.280



(415)8902012356006(8020)02502500612639(3900)0000000000480(96)20251001

PRO HOSPITAL \$ 4.800

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