



**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 HACIENDA				
ACTA No.	1				
FECHA DEL ACTA	22/12/2025				
No. DE CONTRATO Y FECHA	4227 - 22/09/2025				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO EN LOS ASUNTOS JURIDICOS RELACIONADOS CON EL FONDO TERRITORIAL DE PENSIONES DE LA SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL DE BUCARAMANGA				
CONTRATISTA	NOMBRE:	CRISTHIAN FABIAN CUBIDES MENDOZA			
	C.C./NIT	1098743979			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE:	CRISTHIAN FABIAN CUBIDES MENDOZA			
	C.C.	1098743979			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ANA MARIA VARGAS SEPULVEDA			
	CARGO	Secretario (a) Administrativo (a)			
	C.C.	1095812067			
SUPERVISOR	NOMBRE:	OSCAR FARLEY BALLESTEROS ROMERO			
	C.C./NIT	1100952760			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 16.500.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO	\$ 0,00				
ANTICIPADO 0,00 %					
CDP	NÚMERO:	7483			
	FECHA:	15/09/2025			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	10831			
	FECHA:	23/09/2025			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO:	23/09/2025			
	FECHA FIN:	22/12/2025			
	NUEVA FECHA TERMINACIÓN	No Aplica			
	DURACIÓN:	(3) TRES MESES			
MODIFICACIONES DEL CONTRATO	Tipo de Modificación	No. Aplica	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. Aplica	Fecha de la adición	Valor adicionado	Valor total del contrato
	Adiciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Otras Modificaciones	No. Aplica	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: 01/12/2025				
	HASTA: 22/12/2025				
VALOR A COBRAR	\$ 4.033.333,33				
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	
	Diciembre	15/12/2025	9496377914	\$ 2.088.000,00	
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		

Secretaria Administrativa  
 Recibido por:  
 Oficina de Contratación  
 Alcaldía de Bucaramanga  
 D. TOMAS P.  
 23.12.2025



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

	SANITAS	PROTECCIÓN S.A.	POSITIVA COMPAÑIA DE
VR PAGADO \$	261.000,00	334.100,00	10.900,00

CONSTANCIAS

- En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron OSCAR FARLEY BALLESTEROS ROMERO quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor y por la otra CRISTHIAN FABIAN CUBIDES MENDOZA 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:	4	\$ 4.033.333,33
Valor IVA:		\$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado		\$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar		\$ 4.033.333,33

- Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500840519	\$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500840519	\$ 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		\$ 16.500.000,00
Valor adicionales		\$ 0,00
Valor anticipo / Pago anticipado		\$ 0,00
Valor total		\$ 16.500.000,00
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
	12-2025	2512001257
	09-2025	2510002424
	10-2025	2511002740
	11-2025	2512002711
Valor total pagado o causado a la fecha		\$ 16.500.000,00
Subtotal a pagar contra la presente acta		\$ 4.033.333,33
Valor amortización contra la presente acta		\$ 0,00
Valor bruto a pagar contra la presente acta		\$ 4.033.333,33
Valor a liberar por el municipio		\$ 0,00
Valor total ejecutado		\$ 16.500.000,00



ACTA DE TERMINACIÓN /EJECUCIÓN FINAL DEL  
CONTRATO/ CONVENIO

Código: F-GJ-1100-238,37-083

Versión: 5.0

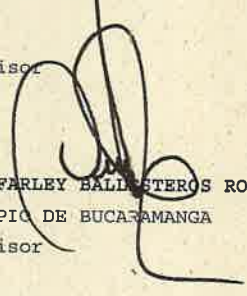
Fecha: JULIO-12-2021


Página: 3 de 3

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 22 de Diciembre de 2023.

Supervisor

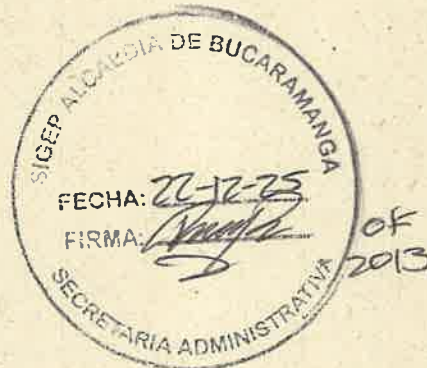
Contratista

  
OSCAR FARLEY BALLESTEROS ROMERO  
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA  
Supervisor

  
CRISTHIAN FABIAN CUBIDES MENDOZA  
Representación propia  
Contratista

Elaboró: GUSTAVO ADOLFO GOMEZ FIGUEROA  
Revisó: OSCAR BALLESTEROS

Secretaría Administrativa  
Recibido por:  
Oficina de Contratación  
Alcaldía de Bucaramanga



OK  
2013

# Recaudo de Estampillas


Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recibo N°  
2502500840519

Contribuyente


<b>Trámite</b>	CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES
PRO HOSPITAL	\$ 4.800
<b>Total Estampillas</b>	<b>\$ 4.800</b>
Ordenanza 012	\$ 480
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 5.280</b>
<b>Fecha de Expedición</b>	2025/12/15
<b>Fecha Limite de Pago</b>	2025/12/21
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	

<b>Contribuyente</b>	Tipo de Doc. CC	Número 1098743979
Nombre	cristhian fabian cubides mendoza	
Dirección	Teléfono	
Municipio	Departamento	




(415)7709998038639(8020)02502500840519(3900)00000000005280(96)20251221

Trámite

	Gobernación de Santander Secretaría de Hacienda	<b>Recaudo de Estampillas</b>	Recibo N° <b>2502500840519</b>
<b>Trámite</b>	CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES		
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga			
Tipo de Doc. CC	Número: 1098743979		
Nombre: cristhian fabian cubides mendoza	Dirección:		
Dirección:	Teléfono:		


PRO HOSPITAL	\$ 4.800
<b>Total Estampillas</b>	<b>\$ 4.800</b>
Ordenanza 012	\$ 480
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 5.280</b>

SVC

	Gobernación de Santander Secretaría de Hacienda	<b>Recaudo de Estampillas</b>	Recibo N° <b>2502500840519</b>
<b>Trámite</b>	CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES		
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga			
<b>Total a Pagar</b> \$ 5.280			
<b>Fecha de Expedición</b>	2025/12/15	<b>Fecha Limite de Pago</b>	2025/12/21

PRO HOSPITAL	\$ 4.800
<b>Total Estampillas</b>	<b>\$ 4.800</b>
Ordenanza 012	\$ 480

Gobernación

	Gobernación de Santander Secretaría de Hacienda	<b>Recaudo de Estampillas</b>	Recibo N° <b>2502500840519</b>
<b>Trámite</b>	CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES		
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga			
PRO HOSPITAL	\$ 4.800		
<b>Total Estampillas</b>	<b>\$ 4.800</b>		
Ordenanza 012	\$ 480		
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 5.280</b>		
<b>Fecha de Expedición</b>	2025/12/15	<b>Fecha Limite de Pago</b>	2025/12/21

<b>Contribuyente</b>	Tipo de Doc. CC	Número 1098743979
Nombre	cristhian fabian cubides mendoza	
Dirección	Teléfono	
Municipio	Departamento	




(415)8902012356005(8020)02502500840519(3900)00000000004800(96)20251221


**Fecha de Expedición** 2025/12/15  
**Fecha Limite de Pago** 2025/12/21

Banco

	Gobernación de Santander Secretaría de Hacienda	<b>Recaudo de Estampillas</b>	Recibo N° <b>2502500840519</b>
<b>Con ribuyen e</b>	Tipo de Doc. CC	Número 1098743979	
Nombre	cristhian fabian cubides mendoza		
Dirección	Teléfono		
Municipio	Departamento		
<b>Trámite</b>	CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES		
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga			
<b>Fecha de Expedición</b>	2025/12/15		
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 5.280</b>		



(415)8902012356005(8020)02502500840519(3900)00000000004800(96)20251221



(415)8902012356006(8020)02502500840519(3900)00000000004800(96)20251221

PRO HOSPITAL	\$ 4.800
<b>Total Estampillas</b>	<b>\$ 4.800</b>
Ordenanza 012	\$ 480