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 SALUD Y AMBIENTE				
ACTA No.	1				
FECHA DEL ACTA	27/12/2025				
No. DE CONTRATO Y FECHA	3050 - 11/08/2025				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN LA SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE PARA APOYAR LA COORDINACION, SEGUIMIENTO Y ACTUALIZACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION AMBIENTAL Y LO RELACIONADO CON EL FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA ENCAMINADAS A LA PROTECCION DE LOS RECURSOS NATURALES EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA				
CONTRATISTA	NOMBRE:	BIBIANA MARCELA RODRIGUEZ CASTELLANOS			
	C.C./NIT	1098740457			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE:	BIBIANA MARCELA RODRIGUEZ CASTELLANOS			
	C.C.	1098740457			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ALBA LUZ AMIN MADERA			
	CARGO	Secretario (a) de Salud y Ambiente (E)			
	C.C.	63549652			
SUPERVISOR	NOMBRE:	JOHANNA XIMENA VILLAMIZAR SANDOVAL			
	C.C./NIT	1098610958			
VALOR DEL CONTRATO	$ 30.100.000,00				
VALOR ADICIONADO	$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	5776			
	FECHA:	04/08/2025			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	8266			
	FECHA:	12/08/2025			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO:	12/08/2025			
	FECHA FIN:	20/12/2025			
	NUEVA FECHA TERMINACIÓN	No Aplica			
	DURACIÓN:	(4) CUATRO MESES Y (9) NUEVE DIAS			

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Jiliana Angel
29-Dic-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

Scanned with CamScanner

PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/12/2025			
	HASTA: 20/12/2025			
VALOR A COBRAR	$ 4.666.666,67			
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	09/12/2025	4630321227	$ 2.800.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	**ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES**	**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	
	NUEVA EPS S. A.	PORVENIR S.A.	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	
	VR PAGADO $ 350.000,00	VR PAGADO $ 448.000,00	VR PAGADO $ 14.700,00	

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron JOHANNA XIMENA VILLAMIZAR SANDOVAL quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor y por la otra BIBIANA MARCELA RODRIGUEZ CASTELLANOS 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 estipulas 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: 5	$ 4.666.666,67
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 4.666.666,67

6. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500851140	$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500851140	$ 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:

Scanned with CamScanner

CONCEPTO			VALORES
Valor inicial			$ 30.100.000,00
Valor adicionales			$ 0,00
Valor anticipo / Pago anticipado			$ 0,00
Valor total			$ 30.100.000,00
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	2512000967	$ 4.666.666,67
	08-2025	2509002571	$ 4.433.333,33
	09-2025	2510001035	$ 7.000.000,00
	10-2025	2511001142	$ 7.000.000,00
	11-2025	2512001911	$ 7.000.000,00
Valor total pagado o causado a la fecha			$ 30.100.000,00
Subtotal a pagar contra la presente acta			$ 4.666.666,67
Valor amortización contra la presente acta			$ 0,00
Valor bruto a pagar contra la presente acta			$ 4.666.666,67
Valor a liberar por el municipio			$ 0,00
Valor total ejecutado			$ 30.100.000,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 27 de Diciembre de 2025.

Supervisor

JOHANNA XIMENA VILLAMIZAR SANDOVAL
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

BIBIANA MARCELA RODRIGUEZ CASTELLANOS
Representación propia
Contratista

Elaboró: YEUDY JAZBLEIDY PINZON ROJAS-CPS-SSYA
Revisó: FERNANDO VILLAMIZAR VILLAMIZAR-PRESUPUESTO, MAYERLI GUALDRON ABREO-CPS-ABOGADA

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

SIGEP ALCALDIA DE BUCARAMANGA
FECHA: 29/12/2025
FIRMA:
SECRETARIA ADMINISTRATIVA
2013

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500851140

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 2025/12/17 **Fecha Limite de Pago** 2025/12/23

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098740457
Nombre BIBIANA MARCELA RODRIGUEZ CASTELLANOS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500851140(3900)00000000005280(96)20251223

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500851140

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Tipo de Doc. CC
Nombre: BIBIANA MARCELA RODRIGUEZ CASTELLANOS
Dirección:
Número: 1098740457
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
2502500851140

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Total a Pagar $ 5.280

Fecha de Expedición 2025/12/17 Fecha Limite de Pago 2025/12/23

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas $ 4.800
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500851140

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 1098740457
Nombre BIBIANA MARCELA RODRIGUEZ CASTELLANOS
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)8902012356005(8020)02502500851140(3900)00000000004800(96)20251223

Fecha de Expedición 2025/12/17
Fecha Limite de Pago 2025/12/23

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500851140

Con ribuyen e Tipo de Doc. CC Número 1098740457
Nombre BIBIANA MARCELA RODRIGUEZ CASTELLANOS
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)8902012356005(8020)02502500851140(3900)00000000004800(96)20251223

(415)8902012356006(8020)02502500851140(3900)00000000000480(96)20251223

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Fecha de Expedición 2025/12/17

Total a Pagar $ 5.280

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas $ 4.800
Ordenanza 012 $ 480

Pagado Electrónicamente