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.	2		
FECHA DEL ACTA	03/03/2026		
No. DE CONTRATO Y FECHA	247 - 09/01/2026		
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:	CARLOS JAVIER MENDEZ SUAREZ	
	C.C./NIT:	13746642	
VALOR DEL CONTRATO	$ 61.600.000,00		
VALOR ADICIONADO	$ 0,00		
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00		
CDP	NÚMERO:	113	
	FECHA:	07/01/2026	
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica	
	FECHA:	No Aplica	
RP	NÚMERO:	417	
	FECHA:	10/01/2026	
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica	
	FECHA:	No Aplica	
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	10/01/2026	
	Fecha de Finalización	09/09/2026	
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica	
	Duración	(8) OCHO MESES	

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
26/2/26

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: 01/02/2026			
	HASTA: 28/02/2026			
VALOR A COBRAR	$ 7.700.000,00			
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00			
	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	Febrero	09/02/2026	83580345	$ 3.080.000,00
	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 $ 385.000,00	VR PAGADO $ 492.800,00		VR PAGADO $ 16.100,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron CARLOS JAVIER MENDEZ SUAREZ 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: 2	$ 7.700.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 7.700.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600088790	$ 5.800,00
ORDENANZA 012	2502600088790	$ 580,00

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 3 de Marzo de 2026.

Supervisor

CARLOS JAVIER MENDEZ SUAREZ
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Representación propia
Contratista

Elaboró: NUBIA CONSTANZA VALENCIA PINZON
Revisó: NUBIA CONSTANZA VALENCIA PINZON

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600088790

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$ 5.800
Total Estampillas	**$ 5.800**
Ordenanza 012	$ 580
Total a Pagar	**$ 6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098728508
Nombre CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600088790(3900)00000000006380(96)20260210

Fecha de Expedición 2026/02/09 **Fecha Limite de Pago** 2026/02/10

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600088790

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. CC
Nombre: CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Dirección:
Número: 1098728508
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 5.800
Total Estampillas	**$ 5.800**
Ordenanza 012	$ 580
Total a Pagar	**$ 6.380**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600088790

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Total a Pagar	**$ 6.380**

Fecha de Expedición 2026/02/09 **Fecha Limite de Pago** 2026/02/10

PRO HOSPITAL	$ 5.800
Total Estampillas	**$ 5.800**
Ordenanza 012	$ 580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600088790

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

PRO HOSPITAL	$ 5.800
Total Estampillas	**$ 5.800**
Ordenanza 012	$ 580
Total a Pagar	**$ 6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098728508
Nombre CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600088790(3900)00000000005800(96)20260210

Fecha de Expedición 2026/02/09
Fecha Limite de Pago 2026/02/10

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600088790

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098728508
Nombre CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2026/02/09

Total a Pagar	**$ 6.380**

(415)8902012356005(8020)02502600088790(3900)00000000005800(96)20260210

(415)8902012356006(8020)02502600088790(3900)00000000000580(96)20260210

PRO HOSPITAL	$ 5.800
Total Estampillas	**$ 5.800**
Ordenanza 012	$ 580

Pagado Electrónicamente