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 SALUD Y AMBIENTE				
ACTA No.	2				
FECHA DEL ACTA	09/03/2026				
No. DE CONTRATO Y FECHA	1922 - 26/01/2026				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SEVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA GESTION Y MANEJO DE LAS BASES DE DATOS IMPLEMENTADAS EN EL AREA DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DE MUNICIPIO DE BUCARAMANGA				
CONTRATISTA	NOMBRE	SANDRA MILENA TRIANA PINTO			
	C.C./NIT	37842429			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	SANDRA MILENA TRIANA PINTO			
	C.C./NIT	37842429			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	GLORIA MARCELA ORDUZ GARCIA			
	CARGO	Secretario (a) de Salud y Ambiente			
	C.C.	60295604			
SUPERVISOR	NOMBRE:	EDUARDO JOSE PEREZ OSPINO			
	C.C./NIT:	73475845			
VALOR DEL CONTRATO	$ 31.500.000,00				
VALOR ADICIONADO	$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	640			
	FECHA:	19/01/2026			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	2693			
	FECHA:	27/01/2026			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	27/01/2026			
	Fecha de Finalización	26/07/2026			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	(6) SEIS MESES			
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	$ 5.250.000,00			
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00			
	PERIODO DE COTIZACIÓN	**FECHA DE PAGO**	**Nro. PLANILLA INTEGRADA**	**INGRESO BASE DE COTIZACIÓN**
	Febrero	06/03/2026	4644659840	$ 2.100.000,00

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
10 MAR 2026

Powered by CamScanner

Alcaldía de Bucaramanga	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GJ-1140-238,17-002
		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
	SURA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO $ 262.500,00	VR PAGADO $ 336.000,00	VR PAGADO $ 11.000,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron EDUARDO JOSE PEREZ OSPINO quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra SANDRA MILENA TRIANA PINTO 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	$ 5.250.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 5.250.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
ORDENANZA 012	2502600151704	$ 580,00
PRO-HOSPITAL	2502600151704	$ 5.800,00

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

Supervisor

EDUARDO JOSE PEREZ OSPINO
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

SANDRA MILENA TRIANA PINTO
Representación propia
Contratista

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Elaboró: LIDA GOMEZ-CPS-SSYA
Revisó: EDUARDO JOSE PEREZ OSPINO-SUPERVISOR

Powered by CamScanner

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600151704

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** 37842429
Nombre Sandra Milena Triana Pinto
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600151704(3900)00000000006380(96)20260303

Fecha de Expedición 2026/03/02 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/03

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600151704

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. CC
Nombre: Sandra Milena Triana Pinto
Dirección:
Número: 37842429
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
2502600151704

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Total a Pagar	**$ 6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/02 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/03

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600151704

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** 37842429
Nombre Sandra Milena Triana Pinto
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600151704(3900)00000000005800(96)20260303

Fecha de Expedición 2026/03/02
Fecha Limite de Pago 2026/03/03

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600151704

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37842429
Nombre Sandra Milena Triana Pinto
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2026/03/02

Total a Pagar	**$ 6.380**

(415)8902012356005(8020)02502600151704(3900)00000000005800(96)20260303

(415)8902012356006(8020)02502600151704(3900)00000000000580(96)20260303

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

Pagado Electrónicamente