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.	1	
FECHA DEL ACTA	19/03/2026	
No. DE CONTRATO Y FECHA	2443 - 29/01/2026	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ANALISIS, DISEÑO, DESARROLLO, PRUEBAS, RECUPERACION, PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA PQR BARRERAS EN SALUD Y DEMÁS RELACIONADAS CON EL AREA DE ASEGURAMIENTO.	
CONTRATISTA	NOMBRE	DANIEL FERNANDO MELO GOMEZ
	C.C./NIT	1098654048
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	DANIEL FERNANDO MELO GOMEZ
	C.C./NIT	1098654048
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	$ 30.000.000,00	
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:	3274
	FECHA:	30/01/2026
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	02/02/2026
	Fecha de Finalización	01/08/2026
	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: 02/02/2026
	HASTA: 28/02/2026
VALOR A COBRAR	$ 4.833.333,33
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00

PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN
Febrero	17/02/2026	9499765238	$ 2.000.000,00

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: 2 de 2

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	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 $ 250.000,00	VR PAGADO $ 320.000,00	VR PAGADO $ 10.500,00

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 DANIEL FERNANDO MELO GOMEZ 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 estipu1adas 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: 1	$ 4.833.333,33
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 4.833.333,33

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
ORDENANZA 012	2502600164232	$ 580,00
PRO-HOSPITAL	2502600164232	$ 5.800,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 19 de Marzo de 2026.

Supervisor

EDUARDO JOSE PEREZ OSPINO
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

DANIEL FERNANDO MELO GOMEZ
Representación propia
Contratista

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

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600164232

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/03/05 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/06

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098654048
Nombre daniel fernando melo gomez
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)025026001642 32(3900)000000000005380(96)20260306

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600164232**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. CC Número: 1098654048
Nombre: daniel fernando melo gomez
Dirección: 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** **2502600164232**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Total a Pagar **$ 6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/05 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/06

PRO HOSPITAL $ 5.800

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600164232**

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** 1098654048
Nombre daniel fernando melo gomez
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)025026001642 32(3900)000000000005800(96)20260306

Fecha de Expedición 2026/03/05
Fecha Limite de Pago 2026/03/06

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600164232**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098654048
Nombre daniel fernando melo gomez
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2026/03/05

Total a Pagar **$ 6.380**

(415)8902012356005(8020)025026001642 32(3900)000000000005800(96)20260306

(415)8902012356006(8020)025026001642 32(3900)000000000005800(96)20260306

PRO HOSPITAL $ 5.800

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

Pago Electronico