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.	3				
FECHA DEL ACTA	07/04/2026				
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:	MARIA DEL ROSARIO TORRES VARGAS			
	C.C./NIT:	63337510			
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			
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				

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Liliana Angel
08-04-2026

DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO				
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/03/2026			
	HASTA: 30/03/2026			
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

Alcaldía de Bucaramanga	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GJ-1140-238,37-052 Versión: 3.0 Fecha: JULIO-13-2021 Página: 2 de 2

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	Marzo	16/03/2026	83582273	$ 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 $ 16.160,00	

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron MARIA DEL ROSARIO TORRES VARGAS 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: 3	$ 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	2502600188377	$ 5.800,00
ORDENANZA 012	2502600188377	$ 580,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 7 de Abril de 2026.

Supervisor

Secretaria Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

MARIA DEL ROSARIO TORRES VARGAS
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Representación propia
Contratista

Elaboró: NUBIA CONSTANZA VALENCIA PINZON
Revisó: JENNY PAOLA RODRÍGUEZ PAOLA Rodriguez

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600188377

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 2026/03/16 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/17

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098728508
Nombre Catherin Rocio De Alba Méndez
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600188377(3900)00000000006380(96)20260317

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502600188377

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. CC
Nombre: Catherin Rocio De Alba Méndez
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 2502600188377

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Total a Pagar **$ 6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/16 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/17

PRO HOSPITAL $ 5.800

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502600188377

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 Méndez
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600188377(3900)00000000005800(96)20260317

Fecha de Expedición 2026/03/16
Fecha Limite de Pago 2026/03/17

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502600188377

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098728508
Nombre Catherin Rocio De Alba Méndez
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2026/03/16

Total a Pagar **$ 6.380**

(415)8902012356005(8020)02502600188377(3900)00000000005800(96)20260317

(415)8902012356006(8020)02502600188377(3900)00000000000580(96)20260317

PRO HOSPITAL $ 5.800

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