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 HACIENDA				
ACTA No.	3				
FECHA DEL ACTA	06/04/2026				
No. DE CONTRATO Y FECHA	115 - 07/01/2026				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE DEPURACION Y SANEAMIENTO CONTABLE EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA CONFORME A LAS DISPOSICIONES DEL MARCO NORMATIVO NICSP				
CONTRATISTA	NOMBRE	MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ			
	C.C./NIT	63530367			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ			
	C.C./NIT	63530367			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ANA MARIA VARGAS SEPULVEDA			
	CARGO	Secretario (a) Administrativo (a)			
	C.C.	1095812067			
SUPERVISOR	NOMBRE:	MYRIAM LAYTON SANCHEZ			
	C.C./NIT:	37513637			
VALOR DEL CONTRATO	$ 29.700.000,00				
VALOR ADICIONADO	$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	52			
	FECHA:	05/01/2026			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	215			
	FECHA:	08/01/2026			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	08/01/2026			
	Fecha de Finalización	07/07/2026			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	(6) SEIS MESES			

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

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: 01/03/2026			
	HASTA: 30/03/2026			
VALOR A COBRAR	$ 4.950.000,00			
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00			
	PERIODO DE COTIZACIÓN	**FECHA DE PAGO**	**Nro. PLANILLA INTEGRADA**	**INGRESO BASE DE COTIZACIÓN**
	Marzo	06/04/2026	84803831	$ 1.980.000,00

Scanned with CamScanner

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
	SANITAS	PROTECCIÓN S.A.	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO $ 347.500,00	VR PAGADO $ 316.800,00	VR PAGADO $ 10.400,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron MYRIAM LAYTON SANCHEZ quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ 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	$ 4.950.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 4.950.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600231256	$ 5.800,00
ORDENANZA 012	2502600231256	$ 580,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 6 de Abril de 2026.

Supervisor

MYRIAM LAYTON SANCHEZ
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ
Representación propia
Contratista

Elaboró: GUSTAVO ADOLFO GOMEZ FIGUEROA
Revisó: MYRIAM LAYTON SANCHEZ

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Scanned with CamScanner

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600231256

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** 63530367
Nombre MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)025026002312 56(3900)000000000063 80(96)20260407

Fecha de Expedición 2026/04/06 **Fecha Limite de Pago** 2026/04/07

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Pagado Electronicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600231256**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. CC Número: 63530367
Nombre: MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ
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** **2502600231256**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Total a Pagar **$ 6.380**

Fecha de Expedición 2026/04/06 **Fecha Limite de Pago** 2026/04/07

PRO HOSPITAL $ 5.800

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600231256**

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** 63530367
Nombre MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)025026002312 56(3900)000000000058 00(96)20260407

Fecha de Expedición 2026/04/06
Fecha Limite de Pago 2026/04/07

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600231256**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 63530367
Nombre MONICA PAOLA MARTINEZ RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2026/04/06

Total a Pagar **$ 6.380**

(415)8902012356005(8020)025026002312 56(3900)000000000058 00(96)20260407

(415)8902012356006(8020)025026002312 56(3900)000000000058 0(96)20260407

PRO HOSPITAL $ 5.800

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