| Alcaldía de Bucaramanga | ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO | Código: F-GJ-1140-238,37-082<br>Versión: 3.0<br>Fecha: JULIO-12-2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

| DATOS DEL CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| DEPENDENCIA | SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE | | |
| ACTA No. | 2 | | |
| FECHA DEL ACTA | 22/04/2026 | | |
| 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 | |

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Liliana Angel
22-04-2026

| 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 | $ 5.000.000,00 | | | |
| ANTICIPO AMORTIZADO | 0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00 | | | |
| | PERIODO DE COTIZACIÓN | FECHA DE PAGO | Nro. PLANILLA INTEGRADA | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN |
| | Marzo | 30/03/2026 | 9500258883 | $ 2.000.000.00 |

SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE

| Alcaldía de Bucaramanga | ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO | Código: F-GJ-1140-238,37-082<br>Versión: 3.0<br>Fecha: JULIO-12-2021<br>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 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 | $ 5.000.000,00 |
| **Valor IVA:** | $ 0,00 |
| **Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado** | $ 0,00 |
| **Valor bruto ejecutado a pagar** | $ 5.000.000;00 |

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

| ESTAMPILLA | No. | VALOR |
|---|---|---|
| ORDENANZA 012 | 2502600241610 | $ 580,00 |
| PRO-HOSPITAL | 2502600241610 | $ 5.800,00 |

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 22 de Abril de 2026.

Supervisor

**EDUARDO JOSE PEREZ OSPINO**
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

**DANIEL FERNANDO MELO GOMEZ**
Representación propia
Contratista

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

Secretaría de Salud y Ambiente

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

# Recaudo de Estampillas

**Gobernación de Santander**
**Secretaría de Hacienda**

**Recibo Nº**
**2502600241610**

## 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** 1098654048
**Nombre** DANIEL FERNANDO MELO GOMEZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600241610(3900)00000000006380(96)20260410

**Fecha de Expedición** 2026/04/09 **Fecha Limite de Pago** 2026/04/10

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

## Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
**Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600241610**

**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** **2502600241610**

**Trámite** CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

**Total a Pagar** **$ 6.380**

**Fecha de Expedición** 2026/04/09 **Fecha Limite de Pago** 2026/04/10

PRO HOSPITAL $ 5.800

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

## Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
**Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600241610**

**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)02502600241610(3900)00000000005800(96)20260410

**Fecha de Expedición** 2026/04/09
**Fecha Limite de Pago** 2026/04/10

## Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
**Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600241610**

**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** 2026/04/09

**Total a Pagar** **$ 6.380**

(415)8902012356005(8020)02502600241610(3900)00000000005800(96)20260410

(415)8902012356006(8020)02502600241610(3900)00000000000580(96)20260410

PRO HOSPITAL $ 5.800

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

Pagado Electronicamente