



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 DEL INTERIOR				
ACTA No.	4				
FECHA DEL ACTA	04/05/2026				
No. DE CONTRATO Y FECHA	1862 - 26/01/2026				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO: "DESARROLLO DE MEDIDAS DE ATENCIÓN, ASISTENCIA Y REPARACIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA".				
CONTRATISTA	NOMBRE	JUAN DE DIOS LOPEZ			
	C.C./NIT	13846197			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	JUAN DE DIOS LOPEZ			
	C.C./NIT	13846197			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ALFONSO PINTO FRATTALI			
	CARGO	Secretario (a) del Interior			
	C.C.	1098687268			
SUPERVISOR	NOMBRE:	INGRID KATHERINE LOPEZ SANDOVAL			
	C.C./NIT:	1095786666			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 22.200.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO	\$ 0,00				
ANTICIPADO 0,00 %					
CDP	NÚMERO:	409, 411			
	FECHA:	14/01/2026, 14/01/2026			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	2596			
	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/Otros/Aclaraciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica		
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	No Aplica				
DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO					
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/04/2026				
	HASTA: 30/04/2026				
VALOR A COBRAR	\$ 3.700.000,00				
ANTICIPO AMORTIZADO	0:00 % Valor a amortizar: \$ 0,00				
	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	
	Abril	24/04/2026	9502591869	\$ 1.750.905,00	

Secretaria Administrativa  
Recibido por:  
Oficina de Contratación  
Alcaldía de Bucaramanga  
Mayo 09/26



ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO

Código: F-6J-1140-236, 37-082  
Versión: 3.0  
Fecha: JULIO-17-2021  
Página: 2 de 2

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
	SANITAS	NO APLICA	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO \$ 210.900,00	VR PAGADO \$ 0,00	VR PAGADO \$ 3.200,00

**CONFINANCIAS**

- En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron INGRID KATHERINE LOPEZ SANDOVAL quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra JUAN DE DIOS LOPEZ quien actúa en nombre y representación propia, con el fin de entregar y recibir el informe de avance de ejecución del Contrato.
- El Contratista acreditó el pago de la seguridad social integral efectuado mediante la planilla relacionada
- 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.
- El Supervisor autoriza el pago de las actividades realizadas, de acuerdo con el siguiente detalle:

Valor ejecutado en la presente acta:	4	\$ 3.700.000,00
Valor IVA:		\$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado		\$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar		\$ 3.700.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	Nº	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600288550	\$ 5.800,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 4 de Mayo de 2026.

Supervisor

*Ingrid Katherine Lopez Sandoval*  
INGRID KATHERINE LOPEZ SANDOVAL

MUNICIPIO DE BUCARAMANGA  
Supervisor

Contratista  
*Juan de Dios Lopez*

JUAN DE DIOS LOPEZ  
Representación propia  
Contratista

Elaboró: DANNA ALEJANDRA ALTUVE VILLAMIZAR  
Revisó: INGRID KATHERINE LOPEZ SANDOVAL

Secretaría Administrativa  
Oficina de Contratación  
Alcaldía de Bucaramanga

# Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recibo N°  
2502600297130

Contribuyente

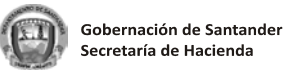
<b>Trámite</b> CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
PRO HOSPITAL	\$ 5.800
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 5.800</b>

<b>Contribuyente</b>	Tipo de Doc. CC	Número 1005289560
Nombre Anyi Camila Marín orozco		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)7709998038639(8020)02502600297130(3900)00000000005800(96)20260508

Fecha de Expedición 2026/05/02 Fecha Limite de Pago 2026/05/08  
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga



Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo N°  
2502600297130

PRO HOSPITAL \$ 5.800

Trámite

<b>Trámite</b> CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
Tipo de Doc. CC	Número: 1005289560
Nombre: Anyi Camila Marín orozco	Teléfono:
Dirección:	

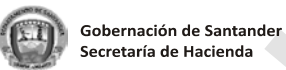
**Total a Pagar** \$ 5.800



**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**

**RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**

Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.



Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas 2502600297130

Recibo N°

Gobernación

<b>Trámite</b> CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
PRO HOSPITAL	\$ 5.800
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 5.800</b>

<b>Contribuyente</b>	Tipo de Doc. CC	Número 1005289560
Nombre Anyi Camila Marín orozco		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)8902012356005(8020)02502600297130(3900)00000000005800(96)20260508

Fecha de Expedición 2026/05/02  
Fecha Limite de Pago 2026/05/08



Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas 2502600297130

Recibo N°

Banco

<b>Con ribuyen e</b>	Tipo de Doc. CC	Número 1005289560
Nombre Anyi Camila Marín orozco		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)8902012356005(8020)02502600297130(3900)00000000005800(96)20260508

<b>Trámite</b> CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
Fecha de Expedición 2026/05/02	
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 5.800</b>

PRO HOSPITAL \$ 5.800

**Total Estampillas** \$ 5.800