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.	4		
FECHA DEL ACTA	04/05/2026		
No. DE CONTRATO Y FECHA	1922 - 26/01/2026		
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES		
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0		
OBJETO	PRESTAR SEVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA GESTION Y MANEJO DE LAS BASES DE DATOS IMPLEMENTADAS EN EL AREA DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DE MUNICIPIO DE BUCARAMANGA		
CONTRATISTA	NOMBRE	SANDRA MILENA TRIANA PINTO	
	C.C./NIT	37842429	
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	SANDRA MILENA TRIANA PINTO	
	C.C./NIT	37842429	
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ALBA LUZ AMIN MADERA	
	CARGO	Secretario (a) de Salud y Ambiente (E)	
	C.C.	63549652	
SUPERVISOR	NOMBRE:	EDUARDO JOSE PEREZ OSPINO	
	C.C./NIT:	73475845	
VALOR DEL CONTRATO	$ 31.500.000,00		
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:	2693	
	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	

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Liliana Angel
04-05-2026

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: 01/04/2026			
	HASTA: 30/04/2026			
VALOR A COBRAR	$ 5.250.000,00			
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00			
	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD Y AMBIENTE

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	Marzo	14/04/2026	4646123123	$ 2.100.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	
	SURA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	
	VR PAGADO $ 263.300,00	VR PAGADO $ 337.000,00	VR PAGADO $ 11.100,00	

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 SANDRA MILENA TRIANA PINTO 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: 4	$ 5.250.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 5.250.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600286771	$ 5.800,00

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

Supervisor

EDUARDO JOSE PEREZ OSPINO
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

SANDRA MILENA TRIANA PINTO
Representación propia
Contratista

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

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600286771

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$ 5.800

Total a Pagar **$ 5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37842429
Nombre Sandra Milena Triana Pinto
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600286771(3900)00000000005800(96)20260504

Fecha de Expedición 2026/04/28 **Fecha Limite de Pago** 2026/05/04

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600286771

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. CC
Nombre: Sandra Milena Triana Pinto
Dirección:
Número: 37842429
Teléfono:

PRO HOSPITAL $ 5.800

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
Recibo Nº
2502600286771

Gobernación

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

PRO HOSPITAL	$ 5.800

Total a Pagar **$ 5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37842429
Nombre Sandra Milena Triana Pinto
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600286771(3900)00000000005800(96)20260504

Fecha de Expedición 2026/04/28
Fecha Limite de Pago 2026/05/04

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600286771

Banco

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37842429
Nombre Sandra Milena Triana Pinto
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600286771(3900)00000000005800(96)20260504

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2026/04/28

Total a Pagar **$ 5.800**

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total Estampillas **$ 5.800**