

DATOS DEL CONTRATO					
DEPENDENCIA	DESPACHO SECRETARIA ADMINISTRATIVA				
ACTA No.	4				
FECHA DEL ACTA	05/05/2026				
No. DE CONTRATO Y FECHA	974 - 16/01/2026				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ASUNTOS INHERENTES A LA OFICINA DE ASUNTOS INTERNACIONALES"				
CONTRATISTA	NOMBRE	FABIAN ANDRES CARRILLO VILLAMIZAR			
	C.C./NIT	1098782691			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	FABIAN ANDRES CARRILLO VILLAMIZAR			
	C.C./NIT	1098782691			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ANA MARIA VARGAS SEPULVEDA			
	CARGO	Secretario (a) Administrativo (a)			
	C.C.	1095812067			
SUPERVISOR	NOMBRE:	BELKYS MORENO MESA			
	C.C./NIT:	37514628			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 29.700.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	\$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	120, 265			
	FECHA:	07/01/2026, 10/01/2026			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	1139			
	FECHA:	17/01/2026			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	17/01/2026			
	Fecha de Finalización	16/07/2026			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	(6) SEIS MESES			
MODIFICACIONES DEL CONTRATO	Tipo de Modificación	No. Aplica	Tiempo No Aplica	Fecha Inicial No Aplica	Fecha Final No Aplica
	Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Prórrogas	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Tipo de Modificación	No. Aplica	Fecha de la adición	Valor adicionado	Valor total del contrato
	Adiciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Otras Modificaciones	No. Aplica	Fecha de la modificación	Observaciones	
	Cesión/OtroSi/Acla raciones	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	\$ 4.950.000,00				
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: \$ 0,00				
PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	
	Abril	04/05/2026	9504177935	\$ 1.980.000,00	
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD		ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	

	SURA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA COMPAÑIA DE
VR PAGADO \$	247.500,00	VR PAGADO \$	316.800,00
		VR PAGADO \$	10.400,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron BELKYS MORENO MESA quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra FABIAN ANDRES CARRILLO VILLAMIZAR 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:

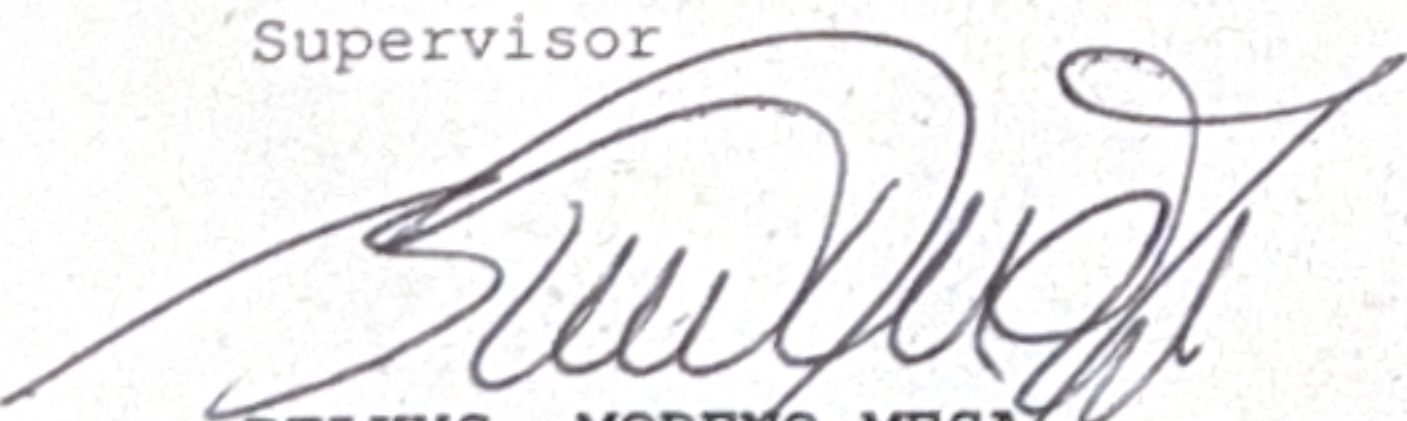
Valor ejecutado en la presente acta:	4	\$ 4.950.000,00
Valor IVA:		\$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado		\$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar		\$ 4.950.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600294013	\$ 5.800,00

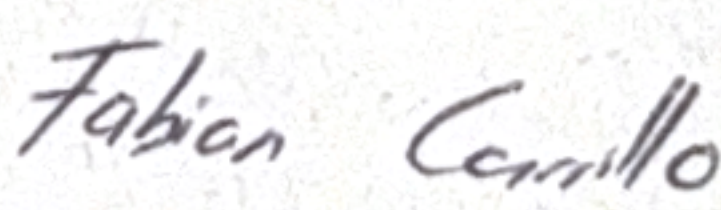
Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 5 de Mayo de 2026.

Supervisor



BELKYS MORENO MESA
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista



FABIAN ANDRES CARRILLO VILLAMIZAR
Representación propia
Contratista

Secretaría Administrativa

Recibido por:

Oficina de Contratación

Alcaldía de Bucaramanga

Elaboró: DIANA MELISA ESPINOSA NIÑO - CPS SA

Revisó: BELKYS MORENO MESA - ASESORA DE DESPACHO



 Banco popular DE TESORERIA GRAL. DEPTO. DE S. DE BUCARAMANGA		
CAJA		OL
01	30 ABR 2026	495
RECIBIDO POR CAJA		

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
 NIT 890.201.235-6

Recibo de recaudo No: **2502600294013**

→ **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL**

No. Documento: 1098782691

Nombre:

Fabian Andres Carrillo Villamizar

→ **TRÁMITE**
CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

→ **ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCION**
PRO HOSPITAL

\$5.800

TOTAL

\$5.800

Total a pagar

\$5.800

Con destino a:

Alcaldía de Bucaramanga

→ Fecha expedición: 2026/04/30

Fecha límite de pago: 2026/05/06



(415/7709008036030/8020)02502600204013(3900)000000000000(98)01202504

Puede ingresar a
<https://estampillas.syc.com.co/>
 para validar y consultar el detalle del pago de la
 Estampilla Departamental.



SOPORTE TRÁMITE

REC-04-071