

 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 (INVERSION)				
ACTA No.	4				
FECHA DEL ACTA	04/05/2026				
No. DE CONTRATO Y FECHA	1278 - 20/01/2026				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	OBJETO PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO (A) PARA APOYAR LA OFICINA MUNICIPAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES-FMGRD EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES MISIONALES DE LA OFICINA DE GESTION DEL RIESGO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA				
CONTRATISTA	NOMBRE	MELISSA ANDREA PALOMINO BARBA			
	C.C./NIT	1098726763			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	MELISSA ANDREA PALOMINO BARBA			
	C.C./NIT	1098726763			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	FRANCISCO JAVIER GOMEZ MUÑOZ			
	CARGO	Secretario (a) de Hacienda			
	C.C.	1098758208			
SUPERVISOR	NOMBRE:	DIDIER AUGUSTO RODRIGUEZ LEON			
	C.C./NIT:	91523784			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 33.000.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	\$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	219	Secretaria Administrativa Recibido por: Oficina de Contratación Alcaldía de Bucaramanga <i>Joliana Angel</i> 06-05-2026		
	FECHA:	09/01/2026			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	1555			
	FECHA:	21/01/2026			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	21/01/2026			
	Fecha de Finalización	20/07/2026			
	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/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	\$ 5.500.000,00				
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: \$ 0,00				
	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	Marzo	04/05/2026	6009313303	\$ 2.200.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
	EPS FAMISANAR LTDA.	PORVENIR S.A.		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO \$ 356.400,00	VR PAGADO \$ 278.400,00	VR PAGADO \$ 54.300,00	

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron DIDIER AUGUSTO RODRIGUEZ LEON quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra MELISSA ANDREA PALOMINO BARBA 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:

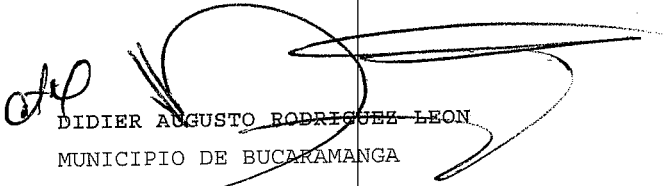
Valor ejecutado en la presente acta:	4	\$ 5.500.000,00
Valor IVA:		\$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado		\$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar		\$ 5.500.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600299457	\$ 5.800,00

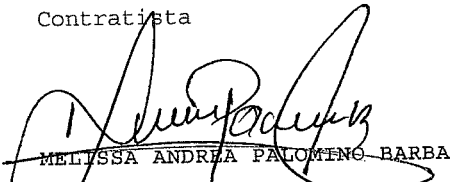
Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 4 de Mayo de 2026.

Supervisor



DIDIER AUGUSTO RODRIGUEZ LEON
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista



MELISSA ANDREA PALOMINO BARBA
Representación propia
Contratista

Elaboró: GUSTAVO ADOLFO GOMEZ FIGUEROA
Revisó: DIDIER AGUSTO RODRIGUEZ LEON

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600299457

Contribuyente

Trámite

CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL

\$ 5.800

Total a Pagar

\$ 5.800

Fecha de Expedición

2026/05/04

Fecha Limite de Pago

2026/05/10

Con destino a:

Alcaldía de Bucaramanga

Contribuyente

Tipo de Doc. CC

Número 1098726763

Nombre

Melissa Andrea Palomino Barba

Dirección

Municipio

Departamento

Teléfono

(415)7709998038639(8020)02502600299457(3900)00000000005800(96)20260510

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600299457

Trámite

CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a:

Alcaldía de Bucaramanga

Tipo de Doc. CC

Número: 1098726763

Nombre: Melissa Andrea Palomino Barba

Dirección:

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

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600299457

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 1098726763

Nombre

Melissa Andrea Palomino Barba

Dirección

Municipio

Departamento

Teléfono

(415)8902012356005(8020)02502600299457(3900)00000000005800(96)20260510

Fecha de Expedición

2026/05/04

Fecha Limite de Pago

2026/05/10

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600299457

Con ribuyen e

Tipo de Doc. CC

Número 1098726763

Nombre

Melissa Andrea Palomino Barba

Dirección

Municipio

Departamento

Teléfono

Trámite

CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a:

Alcaldía de Bucaramanga

Fecha de Expedición

2026/05/04

Total a Pagar

\$ 5.800

(415)8902012356005(8020)02502600299457(3900)00000000005800(96)20260510

PRO HOSPITAL

\$ 5.800

Total Estampillas

\$ 5.800