



**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	DESPACHO SECRETARIA ADMINISTRATIVA				
ACTA No.	4				
FECHA DEL ACTA	04/05/2026				
No. DE CONTRATO Y FECHA	1315 - 20/01/2026				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO: "IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y PUBLICIDAD EN LA ALCALDIA DE BUCARAMANGA				
CONTRATISTA	NOMBRE	LAURA GISSELE MURCIA PARDO			
	C.C./NIT	1098742808			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	LAURA GISSELE MURCIA PARDO			
	C.C./NIT	1098742808			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ANA MARIA VARGAS SEPULVEDA			
	CARGO	Secretario (a) Administrativo (a)			
	C.C.	1095812067			
SUPERVISOR	NOMBRE:	WILSON ANDRES DIAZ HERNANDEZ			
	C.C./NIT:	1098655949			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 31.350.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	\$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	609			
	FECHA:	19/01/2026			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	1464			
	FECHA:	21/01/2026			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	21/01/2026			
	Fecha de Finalización	05/07/2026			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	(5) CINCO MESES Y (15) QUINCE DIAS			
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	\$ 5.700.000,00				
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: \$ 0,00				
	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	
	Abril	04/05/2026	9504258395	\$ 2.280.000,00	

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



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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
	SALUD TOTAL S. A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	COLPENSIONES	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO \$ 285.000,00	VR PAGADO \$ 364.800,00	VR PAGADO \$ 12.000,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron WILSON ANDRES DIAZ HERNANDEZ quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra LAURA GISSELLE MURCIA PARDO 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	\$ 5.700.000,00
Valor IVA:		\$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado		\$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar		\$ 5.700.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600297309	\$ 5.800,00

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

Supervisor

WILSON ANDRES DIAZ HERNANDEZ
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

LAURA GISSELLE MURCIA PARDO
Representación propia
Contratista

Elaboró: DIANA MELISA ESPINOSA NIÑO - CPS SA
Revisó: WILSON ANDRES DIAZ HERNANDEZ - ASESOR DE DESPACHO

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600297309

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
PRO HOSPITAL	\$ 5.800
Total a Pagar	\$ 5.800

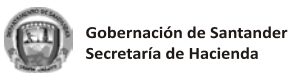
Contribuyente	Tipo de Doc. CC	Número 1098742808
Nombre Laura Gisselle Murcia Pardo		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)7709998038639(8020)02502600297309(3900)0000000005800(96)20260509

Fecha de Expedición 2026/05/03 Fecha Limite de Pago 2026/05/09

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga



Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600297309

PRO HOSPITAL \$ 5.800

Trámite

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
Tipo de Doc. CC	Número: 1098742808
Nombre: Laura Gisselle Murcia Pardo	Teléfono:
Dirección:	

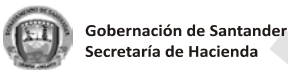
Total a Pagar \$ 5.800



¡ 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 2502600297309

Recibo Nº

Gobernación

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

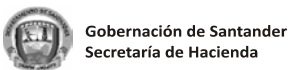
Contribuyente	Tipo de Doc. CC	Número 1098742808
Nombre Laura Gisselle Murcia Pardo		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)8902012356005(8020)02502600297309(3900)0000000005800(96)20260509

Fecha de Expedición 2026/05/03

Fecha Limite de Pago 2026/05/09



Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas 2502600297309

Recibo Nº

Banco

Con ribuyen e	Tipo de Doc. CC	Número 1098742808
Nombre Laura Gisselle Murcia Pardo		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
Fecha de Expedición 2026/05/03	
Total a Pagar	\$ 5.800



(415)8902012356005(8020)02502600297309(3900)0000000005800(96)20260509

PRO HOSPITAL \$ 5.800

Total Estampillas \$ 5.800