	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GJ-1149.239.17-082 Versión: 3.0 Fecha: JULIO 12 2021 Página: 1 de 2

DATOS DEL CONTRATO					
DEPENDENCIA	DESPACHO SECRETARIA ADMINISTRATIVA				
ACTA No.	3				
FECHA DEL ACTA	05/05/2026				
No. DE CONTRATO Y FECHA	2693 - 30/01/2026				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ASESORIA Y ACOMPAÑAMIENTO EN TEMAS RELACIONADOS CON LA GESTION PUBLICA EN EL DESPACHO DE LA ALCALDIA DE BUCARAMANGA				
CONTRATISTA	NOMBRE	KAREN LISSETH CARREÑO YEPES			
	C.C./NIT	1098766229			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	KAREN LISSETH CARREÑO YEPES			
	C.C./NIT	1098766229			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ANA MARIA VARGAS SEPULVEDA			
	CARGO	Secretario (a) Administrativo (a)			
	C.C.	1095812067			
SUPERVISOR	NOMBRE:	JOHN MANUEL DELGADO NIVIA			
	C.C./NIT:	79786487			
VALOR DEL CONTRATO	$ 30.000.000,00				
VALOR ADICIONADO	$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	1499			
	FECHA:	29/01/2026			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	3290			
	FECHA:	02/02/2026			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	02/02/2026			
	Fecha de Finalización	01/07/2026			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	(5) CINCO 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/Aclaraciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	No Aplica				

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

DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO				
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/04/2026			
	HASTA: 30/04/2026			
VALOR A COBRAR	$ 6.000.000,00			
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	29/04/2026	77890522	$ 2.400.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

Alcaldía de Bucaramanga	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GI-1140-210,17-092 Versión: 1.0 Fecha: JULIO-12-2021 Página: 2 de 2

	SANITAS	PORVENIR S.A.	POSITIVA COMPAÑIA DE
	VR PAGADO $ 300.000,00	VR PAGADO $ 384.000,00	VR PAGADO $ 12.600,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron JOHN MANUEL DELGADO NIVIA quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra KAREN LISSETH CARREÑO YEPES 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: 3	$ 6.000.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 6.000.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600297871	$ 5.800,00

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

Supervisor

JOHN MANUEL DELGADO NIVIA
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

KAREN LISSETH CARREÑO YEPES
Representación propia
Contratista

Elaboró: JOHAN STIVE MANRIQUE ROMAN
Revisó: JACKELINE BONILLA MANRIQUE

Secretaria Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldia de Bucaramanga

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600297871

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$ 5.800

Total a Pagar **$ 5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098766229
Nombre KAREN LISSETH CARREÑO YEPES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600297871(3900)00000000005800(96)20260510

Fecha de Expedición 2026/05/04 **Fecha Limite de Pago** 2026/05/10

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600297871

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. CC
Nombre: KAREN LISSETH CARREÑO YEPES
Dirección:
Número: 1098766229
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
2502600297871

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** 1098766229
Nombre KAREN LISSETH CARREÑO YEPES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600297871(3900)00000000005800(96)20260510

Fecha de Expedición 2026/05/04
Fecha Limite de Pago 2026/05/10

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600297871

Banco

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098766229
Nombre KAREN LISSETH CARREÑO YEPES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600297871(3900)00000000005800(96)20260510

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2026/05/04

Total a Pagar **$ 5.800**

PRO HOSPITAL	$ 5.800
Total Estampillas	**$ 5.800**