



**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 PLANEACION				
ACTA No.	4				
FECHA DEL ACTA	04/05/2026				
No. DE CONTRATO Y FECHA	2201 - 27/01/2026				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ASESORÍA TÉCNICA EN EL DISEÑO, FORMULACIÓN, DIVULGACIÓN Y ARTICULACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA				
CONTRATISTA	NOMBRE	RAUL EDUARDO GOMEZ PUNTES			
	C.C./NIT	1095910072			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	RAUL EDUARDO GOMEZ PUNTES			
	C.C./NIT	1095910072			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	JAIME ALBERTO RUIZ YEPES			
	CARGO	Secretario (a) de Planeacion			
	C.C.	79691759			
SUPERVISOR	NOMBRE:	ERIKA ROCIO RUEDA LEON			
	C.C./NIT:	37860452			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 27.500.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	\$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	788			
	FECHA:	22/01/2026			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	2984			
	FECHA:	28/01/2026			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	28/01/2026			
	Fecha de Finalización	27/06/2026			
	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				
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				
PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	
	Marzo	20/04/2026	9502311881	\$ 2.324.546,00	
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

07 MAY 2026

 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

	SANITAS	PORVENIR S.A.	POSITIVA COMPAÑIA DE
	VR PAGADO \$ 290.600,00	VR PAGADO \$ 372.000,00	VR PAGADO \$ 56.700,00

CONSTANCIAS

- En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron ERIKA ROCIO RUEDA LEON quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra RAUL EDUARDO GOMEZ PUENTES quien actúa en nombre y representación propia, con el fin de entregar y recibir el informe de avance de ejecución del Contrato.
- El Contratista acreditó el pago de la seguridad social integral efectuado mediante la planilla relacionada
- 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.
- 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	2502600290161	\$ 5.800,00

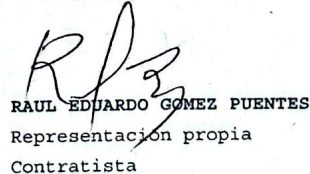
Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 4 de Mayo de 2026.

Supervisor



ERIKA ROCIO RUEDA LEON
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista



RAUL EDUARDO GOMEZ PUENTES
Representación propia
Contratista

Secretaría Administrativa
 Recibido por:
 Oficina de Contratación
 Alcaldía de Bucaramanga

Elaboró: KARINA ABRIL JULIO *Kr*
 Revisó: SANTIAGO VARON LOPEZ *sw*

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600290161

Contribuyente

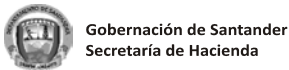
Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
PRO HOSPITAL	\$ 5.800
Total a Pagar	\$ 5.800

Contribuyente	Tipo de Doc. CC	Número 1095910072
Nombre RAUL EDUARDO GOMEZ PUENTES		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)7709998038639(8020)02502600290161(3900)00000000005800(96)20260505

Fecha de Expedición 2026/04/29 Fecha Limite de Pago 2026/05/05
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga



Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600290161

PRO HOSPITAL \$ 5.800

Trámite

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
Tipo de Doc. CC	Número: 1095910072
Nombre: RAUL EDUARDO GOMEZ PUENTES	Teléfono:
Dirección:	

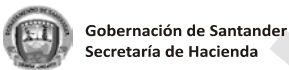
Total a Pagar \$ 5.800



¡ 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 2502600290161

Recibo Nº

Gobernación

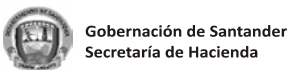
Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
PRO HOSPITAL	\$ 5.800
Total a Pagar	\$ 5.800

Contribuyente	Tipo de Doc. CC	Número 1095910072
Nombre RAUL EDUARDO GOMEZ PUENTES		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)8902012356005(8020)02502600290161(3900)00000000005800(96)20260505

Fecha de Expedición 2026/04/29
Fecha Limite de Pago 2026/05/05



Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas 2502600290161

Recibo Nº

Banco

Con ribuyen e	Tipo de Doc. CC	Número 1095910072
Nombre RAUL EDUARDO GOMEZ PUENTES		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)8902012356005(8020)02502600290161(3900)00000000005800(96)20260505

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
Fecha de Expedición 2026/04/29	
Total a Pagar	\$ 5.800

PRO HOSPITAL \$ 5.800

Total Estampillas \$ 5.800