



**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 DEL INTERIOR				
ACTA No.	4				
FECHA DEL ACTA	26/05/2026				
No. DE CONTRATO Y FECHA	1573 - 22/01/2026				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO: "FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA CASA LIBERTAD EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA".				
CONTRATISTA	NOMBRE	ANGIE KATHERINE PEREIRA RODRIGUEZ			
	C.C./NIT	1098756817			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	ANGIE KATHERINE PEREIRA RODRIGUEZ			
	C.C./NIT	1098756817			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	ALFONSO PINTO FRATTALI			
	CARGO	Secretario (a) del Interior			
	C.C.	1098687268			
SUPERVISOR	NOMBRE:	CARLOS JAVIER GUERRERO GUTIERREZ			
	C.C./NIT:	91233894			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 30.000.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO	\$ 0,00				
ANTICIPADO 0,00 %					
CDP	NÚMERO:	412			
	FECHA:	14/01/2026			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	2235			
	FECHA:	23/01/2026			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	23/01/2026			
	Fecha de Finalización	22/07/2026			
	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/Otros/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	\$ 5.000.000,00				
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	
	Marzo	22/05/2026	1079775994	\$ 2.000.000,00	
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		

Secretaría Administrativa
 Recibido por:
 Oficina de Contratación
 Alcaldía de Bucaramanga
 28 MAY 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

	SALUD TOTAL S. A.	PORVENIR S.A.	POSITIVA COMPAÑIA DE
	VR PAGADO \$ 250.000,00	VR PAGADO \$ 320.000,00	VR PAGADO \$ 10.500,00

CONSTANCIAS

- En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron CARLOS JAVIER GUERRERO GUTIERREZ quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra ANGIE KATHERINE PEREIRA RODRIGUEZ 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	\$ 5.000.000,00
Valor IVA:		\$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado		\$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar		\$ 5.000.000,00

- Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600347818	\$ 5.800,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 26 de Mayo de 2026.

Supervisor

CARLOS JAVIER GUERRERO GUTIERREZ
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor *Com. dt.*

Contratista

ANGIE KATHERINE PEREIRA RODRIGUEZ
Representación propia
Contratista

Secretaria Administrativa
 Recibido por:
 Oficina de Contratación
 Alcaldía de Bucaramanga

Elaboró: DANNA ALEJANDRA ALTUVE VILLAMIZAR
Revisó: CARLOS JAVIER GUERRERO GUTIERREZ *[Signature]*

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600347818

Contribuyente

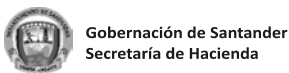
Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
PRO HOSPITAL	\$ 5.800
Total a Pagar	\$ 5.800

Contribuyente	Tipo de Doc. CC	Número 1098756817
Nombre Angie Katherine Pereira Rodriguez		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)7709998038639(8020)02502600347818(3900)0000000005800(96)20260531

Fecha de Expedición 2026/05/25 Fecha Limite de Pago 2026/05/31
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga



Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600347818

PRO HOSPITAL \$ 5.800

Trámite

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
Tipo de Doc. CC	Número: 1098756817
Nombre: Angie Katherine Pereira Rodriguez	
Dirección:	Teléfono:

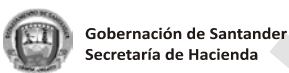
Total a Pagar \$ 5.800



¡ 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 2502600347818

Recibo Nº

Gobernación

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

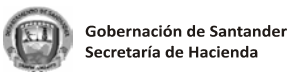
Contribuyente	Tipo de Doc. CC	Número 1098756817
Nombre Angie Katherine Pereira Rodriguez		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)8902012356005(8020)02502600347818(3900)0000000005800(96)20260531

Fecha de Expedición 2026/05/25

Fecha Limite de Pago 2026/05/31



Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas 2502600347818

Recibo Nº

Banco

Con ribuyen e	Tipo de Doc. CC	Número 1098756817
Nombre Angie Katherine Pereira Rodriguez		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)8902012356005(8020)02502600347818(3900)0000000005800(96)20260531

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES	
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga	
Fecha de Expedición 2026/05/25	
Total a Pagar	\$ 5.800

PRO HOSPITAL \$ 5.800

Total Estampillas \$ 5.800