



**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	01/06/2026					
No. DE CONTRATO Y FECHA	2719 - 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 EN EL CUMPLIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA NORMATIVIDAD URBANÍSTICA VIGENTE, ASI COMO LA CONTENIDA EN EL PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA, EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO "APOYO AL DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y DEL DESARROLLO TERRITORIAL EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA					
CONTRATISTA	NOMBRE	MONICA ANDREA AYALA MUÑOZ				
	C.C./NIT	1098696335				
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	MONICA ANDREA AYALA MUÑOZ				
	C.C./NIT	1098696335				
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	JAIME ALBERTO RUIZ YEPES				
	CARGO	Secretario (a) de Planeacion				
	C.C.	79691759				
SUPERVISOR	NOMBRE:	LUZ ELENA RAMOS YAÑEZ				
	C.C./NIT:	63349180				
VALOR DEL CONTRATO	\$ 22.500.000,00					
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00					
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	\$ 0,00					
CDP	NÚMERO:	73				
	FECHA:	07/01/2026				
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica				
	FECHA:	No Aplica				
RP	NÚMERO:	3455				
	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					
DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO						
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/05/2026					
	HASTA: 30/05/2026					
VALOR A COBRAR	\$ 4.500.000,00					
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: \$ 0,00					
	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN		



**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	Mayo	22/05/2026	85263050 ✓	\$ 2.320.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
	NUEVA EPS S. A.	PROTECCIÓN S.A.		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO \$ 290.000,00 ✓	VR PAGADO \$ 371.200,00 ✓	VR PAGADO \$ 56.600,00 ✓	

CONSTANCIAS

- En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron LUZ ELENA RAMOS YAÑEZ quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra MONICA ANDREA AYALA MUÑOZ 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	\$ 4.500.000,00 ✓
Valor IVA:		\$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado		\$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar		\$ 4.500.000,00 ✓

- Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600361116 ✓	\$ 5.800,00 ✓

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 1 de Junio de 2026.

Supervisor

LUZ ELENA RAMOS YAÑEZ
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

MONICA ANDREA AYALA MUÑOZ
Representación propia
Contratista

Elaboró: ESTEFANÍA MENDOZA ORTIZ ABG-CPS-SP EM
Revisó: LUZ ELENA RAMOS YAÑEZ

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo N°
2502600361116

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL \$ 5.800

Total a Pagar \$ 5.800

Fecha de Expedición 2026/05/29 Fecha Límite de Pago 2026/06/04

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Contribuyente Tipo de Doc. CC Número 1098696335

Nombre monica andrea ayala muñoz Dirección Teléfono

Municipio Departamento



(415)7703998038639;8020)02502600361116(3900)0000000005800(96)20260604

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas Recibo N°
2502600361116

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Tipo de Doc. CC Número 1098696335

Nombre: monica andrea ayala muñoz 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 N°
2502600361116

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

PRO HOSPITAL \$ 5.800

Total a Pagar \$ 5.800

Fecha de Expedición 2026/05/29
Fecha Límite de Pago 2026/06/04

Contribuyente Tipo de Doc. CC Número 1098696335

Nombre monica andrea ayala muñoz Dirección Teléfono

Municipio Departamento



(415)8902012356005;8020)02502600361116(3900)0000000005800(96)20260604

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas Recibo N°
2502600361116

Con ribuyen e Tipo de Doc. CC Número 1098696335

Nombre monica andrea ayala muñoz Dirección Teléfono

Municipio Departamento

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Fecha de Expedición 2026/05/29

Total a Pagar \$ 5.800



(415)8902012356005;8020)02502600361116(3900)0000000005800(96)20260604

PRO HOSPITAL \$ 5.800

Total Estampillas \$ 5.800