



**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 DESARROLLO SOCIAL				
ACTA No.	5				
FECHA DEL ACTA	03/06/2026				
No. DE CONTRATO Y FECHA	1442 - 21/01/2026				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL MARCO DEL PROYECTO DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL "FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA"				
CONTRATISTA	NOMBRE	DYRLEN DANIELA HERNANDEZ MARTINEZ			
	C.C./NIT	1098808667			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	DYRLEN DANIELA HERNANDEZ MARTINEZ			
	C.C./NIT	1098808667			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	IVAN DARIO TORRES ALFONSO			
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social			
	C.C.	13740179			
SUPERVISOR	NOMBRE:	ORLANDO GALVIS APARICIO			
	C.C./NIT:	91073468			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 21.000.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	\$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	521			
	FECHA:	16/01/2026			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	1708			
	FECHA:	22/01/2026			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	22/01/2026			
	Fecha de Finalización	21/07/2026			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	(6) SEIS MESES			
MODIFICACIONES DEL CONTRATO	<b>Tipo de Modificación</b>	<b>No.</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Fecha Inicial</b>	<b>Fecha Final</b>
	Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Prórrogas	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	<b>Tipo de Modificación</b>	<b>No.</b>	<b>Fecha de la adición</b>	<b>Valor adicionado</b>	<b>Valor total del contrato</b>
	Adiciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	<b>Otras Modificaciones</b>	<b>No.</b>	<b>Fecha de la modificación</b>	<b>Observaciones</b>	
Cesión/OtroSi/Aclaraciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica		
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	No Aplica				
<b>DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO</b>					
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/05/2026				
	HASTA: 30/05/2026				
VALOR A COBRAR	\$ 3.500.000,00				
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: \$ 0,00				
	PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	

**Secretaría Administrativa  
Recibido por:  
Oficina de Contratación  
Alcaldía de Bucaramanga**

*Julliana Angel*  
04-06-2026



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	Mayo	01/06/2026	9505492285	\$ 1.751.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
	SALUD MIA EPS	PORVENIR S.A.		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO \$ 218.900,00	VR PAGADO \$ 280.200,00	VR PAGADO \$ 9.200,00	

CONSTANCIAS

- En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron ORLANDO GALVIS APARICIO quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra DYRLEN DANIELA HERNANDEZ MARTINEZ 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:	5.	\$ 3.500.000,00
Valor IVA:		\$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado		\$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar		\$ 3.500.000,00

- Se adhiere y anula estampilla (s):

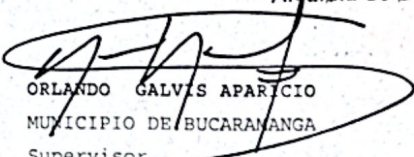
ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600363978	\$ 5.800,00

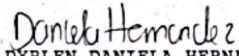
Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 3 de Junio de 2026.

Secretaría Administrativa  
Recibido por:  
Oficina de Contratación  
Alcaldía de Bucaramanga

Supervisor

Contratista

  
ORLANDO GALVIS APARICIO  
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA  
Supervisor

  
DYRLEN DANIELA HERNANDEZ MARTINEZ  
Representación propia  
Contratista

Elaboró: SULAY BARRAÑAN RODRIGUEZ - SDS - CPS S.A  
Revisó: ORLANDO GALVIS APARICIO - SUPERVISOR - SDS

# Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recibo N°  
2502600363978

Contribuyente

**Trámite** CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL

\$ 5.800

**Contribuyente** Tipo de Doc. CC Número 1098808667

Nombre dyrlen daniela hernandez martinez

Dirección

Teléfono

Municipio

Departamento



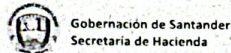
(415)7709998038639(8020)02502600363978(3900)0000000005800(96)20260607

**Total a Pagar** \$ 5.800

Fecha de Expedición 2026/06/01

Fecha Limite de Pago 2026/06/07

Con destino a Alcaldía de Bucaramanga



Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo N°  
2502600363978

PRO HOSPITAL

\$ 5.800

Trámite

**Trámite** CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Tipo de Doc. CC

Número 1098808667

Nombre dyrlen daniela hernandez martinez

Dirección

Teléfono

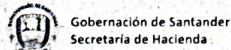
**Total a Pagar** \$ 5.800



**¡ 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 2502600363978

Recibo N°

Gobernación

**Trámite** CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

PRO HOSPITAL

\$ 5.800

**Contribuyente** Tipo de Doc. CC Número 1098808667

Nombre dyrlen daniela hernandez martinez

Dirección

Teléfono

Municipio

Departamento

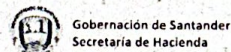


(415)8902012356005(8020)02502600363978(3900)0000000005800(96)20260607

**Total a Pagar** \$ 5.800

Fecha de Expedición 2026/06/01

Fecha Limite de Pago 2026/06/07



Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas 2502600363978

Recibo N°

Banco

**Contribuyente** Tipo de Doc. CC Número 1098808667

Nombre dyrlen daniela hernandez martinez

Dirección

Teléfono

Municipio

Departamento



(415)8902012356005(8020)02502600363978(3900)0000000005800(96)20260607

**Trámite** CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

PRO HOSPITAL

\$ 5.800

Fecha de Expedición 2026/06/01

\$ 5.800

Total Estampillas

\$ 5.800