



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 SALUD Y AMBIENTE				
ACTA No.	4				
FECHA DEL ACTA	12/06/2026				
No. DE CONTRATO Y FECHA	2303 - 28/01/2026				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO VETERINARIO EN LA SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE PARA BRINDAR LA VALORACIÓN, DIAGNOSTICO, ATENCIÓN MEDICA Y EL SEGUIMIENTO DE LOS ANIMALES QUE SE ENCUENTRAN EN LA UNIDAD BIENESTAR ANIMAL A CARGO DEL MUNICIPIO BUCARAMANGA				
CONTRATISTA	NOMBRE	CARLOS JANNER SILVA TORRES			
	C.C./NIT	13761710			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	CARLOS JANNER SILVA TORRES			
	C.C./NIT	13761710			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	GLORIA MARCELA ORDUZ GARCIA			
	CARGO	Secretario (a) de Salud y Ambiente			
	C.C.	60295604			
SUPERVISOR	NOMBRE:	SANDRA MARCELA RIVERA HERREÑO			
	C.C./NIT:	28034548			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 31.500.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	\$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	491	<b>Secretaria Administrativa</b> <b>Recibida por:</b> <b>Oficina de Contratación</b> <b>Alcaldía de Bucaramanga</b> <i>Diana P</i> <i>18-06-2026</i>		
	FECHA:	15/01/2026			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	3578			
	FECHA:	03/02/2026			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	04/02/2026			
	Fecha de Finalización	08/08/2026			
	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/Otros/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	\$ 5.250.000,00				
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	19/05/2026	4653428037	\$ 2.100.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
	SANITAS	PORVENIR S.A.		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO \$ 262.500,00	VR PAGADO \$ 336.000,00	VR PAGADO \$ 22.000,00	

CONSTANCIAS

- En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron SANDRA MARCELA RIVERA HERREÑO quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra CARLOS JANNER SILVA TORRES 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:

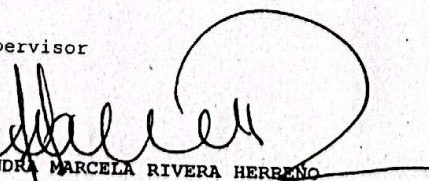
Valor ejecutado en la presente acta:	4	\$ 5.250.000,00
Valor IVA:		\$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado		\$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar		\$ 5.250.000,00

- Se adhirió y anula estampilla (s):

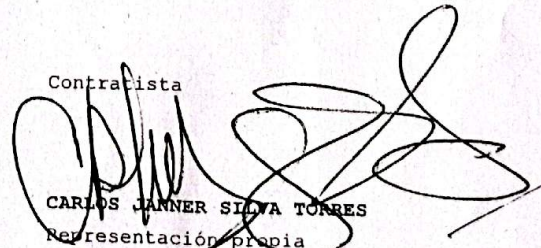
ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600373670	\$ 5.800,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 12 de Junio de 2026.

Supervisor

  
 SANDRA MARCELA RIVERA HERREÑO  
 MUNICIPIO DE BUCARAMANGA  
 Supervisor

Contratista

  
 CARLOS JANNER SILVA TORRES  
 Representación propia  
 Contratista

Elaboró: LIDA GOMEZ-CPS-SSY  
 Revisó: SANDRA MARCELA RIVERA HERREÑO-SUPERVISORA



Secretaria Administrativa  
 Recibido por:  
 Oficina de Contratación  
 Alcaldía de Bucaramanga

# Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recibo N°  
2502600373670

**Trámite** CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

**Contribuyente** Tipo de Doc. CC Número 13761710

Nombre CARLOS JANNER SILVA TORRES  
Dirección Teléfono  
Municipio Departamento

PRO HOSPITAL \$ 5.800



(415)770998038439(8020)02502600373670(3900)0000000005800(96)20260609

**Total a Pagar** \$ 5.800

Fecha de Expedición 2026/06/03 Fecha Límite de Pago 2026/06/09

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recibo N° 2502600373670

PRO HOSPITAL \$ 5.800

**Trámite** CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Tipo de Doc. CC Número: 13761710

Nombre: CARLOS JANNER SILVA TORRES 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

Recibo N° 2502600373670

PRO HOSPITAL \$ 5.800

**Trámite** CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Tipo de Doc. CC Número 13761710

Nombre CARLOS JANNER SILVA TORRES  
Dirección Teléfono  
Municipio Departamento

**Total a Pagar** \$ 5.800

Fecha de Expedición 2026/06/03  
Fecha Límite de Pago 2026/06/09



(415)8302012358005(8020)02502600373670(3900)0000000005800(96)20260609

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recibo N° 2502600373670

PRO HOSPITAL \$ 5.800

**Con ribuyen e** Tipo de Doc. CC Número 13761710

Nombre CARLOS JANNER SILVA TORRES  
Dirección Teléfono  
Municipio Departamento

**Trámite** CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Fecha de Expedición 2026/06/03

**Total a Pagar** \$ 5.800

PRO HOSPITAL \$ 5.800

Total Estampillas \$ 5.800



(415)8302012358005(8020)02502600373670(3900)0000000005800(96)20260609

JL