

	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.	6				
FECHA DEL ACTA	01/07/2026				
No. DE CONTRATO Y FECHA	1922 - 26/01/2026				
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES				
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0				
OBJETO	PRESTAR SEVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA GESTION Y MANEJO DE LAS BASES DE DATOS IMPLEMENTADAS EN EL AREA DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DE MUNICIPIO DE BUCARAMANGA				
CONTRATISTA	NOMBRE	SANDRA MILENA TRIANA PINTO			
	C.C./NIT	37842429			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	SANDRA MILENA TRIANA PINTO			
	C.C./NIT	37842429			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	GLORIA MARCELA ORDUZ GARCIA			
	CARGO	Secretario (a) de Salud y Ambiente			
	C.C.	60295604			
SUPERVISOR	NOMBRE:	NANCY SOFIA TORRES BARRERA			
	C.C./NIT:	37752575			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 31.500.000,00				
VALOR ADICIONADO	\$ 0,00				
ANTICIPO O PAGO	\$ 0,00				
ANTICIPADO 0,00 %					
CDP	NÚMERO:	640			
	FECHA:	19/01/2026			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	2693			
	FECHA:	27/01/2026			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	27/01/2026			
	Fecha de Finalización	26/07/2026			
	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/OtroSi/Aclaraciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	No Aplica				
DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO					
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/06/2026				
	HASTA: 30/06/2026				
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	
	Mayo	26/06/2026	4655323879	\$ 2.100.000,00	

Secretaria Administrativa
 Recibido por:
 Oficina de Contratación
 Alcaldía de Bucaramanga
 01 JUL 2026



PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
	SURA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
	VR PAGADO \$ 265.800,00	VR PAGADO \$ 340.200,00	VR PAGADO \$ 11.200,00

- CONSTANCIAS**
1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron NANCY SOFIA TORRES BARRERA quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra SANDRA MILENA TRIANA PINTO quien actúa en nombre y representación propia , con el fin de entregar y recibir el informe de avance de ejecución del Contrato.
2. El Contratista acreditó el pago de la seguridad social integral efectuado mediante la planilla relacionada
3. 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.
4. El Supervisor autoriza el pago de las actividades realizadas, de acuerdo con el siguiente detalle:

Valor ejecutado en la presente acta:	6	\$ 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

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600415451	\$ 5.800,00

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

Supervisor

NANCY SOFIA TORRES BARRERA
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

Sandra Milena Triana Pinto
SANDRA MILENA TRIANA PINTO
Representación propia
Contratista

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Elaboró: LIDA GOMEZ-CPS-SSYA
Revisó: NANCY SOFIA TORRES BARRERA-SUPERVISORA



Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600415451

Contribuyente

Trámite

CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL

\$ 5.800

Total a Pagar

\$ 5.800

Fecha de Expedición

2026/06/25

Fecha Limite de Pago

2026/07/01

Con destino a:

Alcaldía de Bucaramanga

Contribuyente

Tipo de Doc. CC

Número 37842429

Nombre Sandra MILENA TRIANA Pinto

Dirección

Municipio

Departamento

Teléfono

(415)7709998038639(8020)02502600415451(3900)00000000005800(96)20260701

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600415451

Trámite

CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a:

Alcaldía de Bucaramanga

Tipo de Doc. CC

Número: 37842429

Nombre: Sandra MILENA TRIANA Pinto

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 Nº
2502600415451

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 37842429

Nombre Sandra MILENA TRIANA Pinto

Dirección

Municipio

Departamento

Teléfono

(415)8902012356005(8020)02502600415451(3900)00000000005800(96)20260701

Fecha de Expedición

2026/06/25

Fecha Limite de Pago

2026/07/01

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600415451

Con ribuyen e

Tipo de Doc. CC

Número 37842429

Nombre Sandra MILENA TRIANA Pinto

Dirección

Municipio

Departamento

Teléfono

Trámite

CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a:

Alcaldía de Bucaramanga

Fecha de Expedición

2026/06/25

Total a Pagar

\$ 5.800

(415)8902012356005(8020)02502600415451(3900)00000000005800(96)20260701

PRO HOSPITAL

\$ 5.800

Total Estampillas

\$ 5.800