Alcaldía de Bucaramanga	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GJ-1140-238,37-082
		Versión: 3.0
		Fecha: JULIO-12-2021
		Página: 1 de 3

DATOS DEL CONTRATO		
DEPENDENCIA	DESPACHO SECRETARIA ADMINISTRATIVA	
ACTA No.	2	
FECHA DEL ACTA	05 OCT 2026	
No. DE CONTRATO Y FECHA	84 - 14/05/2026	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA EXTRA HOSPITALARIA CON COBERTURA DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS EN LAS INSTALACIONES DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE BUCARAMANGA Y SUS CENTROS EXTERNOS	
CONTRATISTA	NOMBRE	ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADO
	C.C./NIT	804007617
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	NICOLAS RUIZ MORENO
	C.C./NIT	80091626
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	MAYELY GALAN BAUTISTA
	CARGO	Secretario (a) Administrativo (a)
	C.C.	1098663677
SUPERVISOR	NOMBRE:	JESSICA LYS ELIANNA MOLINA NARANJO
	C.C./NIT:	63549188
VALOR DEL CONTRATO	$ 19.552.000,00	
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	2262
	FECHA:	14/04/2026
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	6269
	FECHA:	15/05/2026
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	25/05/2026
	Fecha de Finalización	31/12/2026
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	(7) SIETE MESES Y (6) SEIS DIAS

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

GARANTÍAS PRESENTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

ASEGURADORA	AMPARO	No Póliza	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO
SURAMERICANA	CUMPLIMIENTO	4509639	14/05/2026	30/06/2027	$ 1.955.200,00
	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	013001069375	14/05/2026	31/12/2026	$ 350.181.000,00
	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES	4509639	14/05/2026	31/12/2028	$ 977.600,00

		SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES				
		CALIDAD DE SERVICIO	4509639	14/05/2026	30/06/2027	$ 1.955.200,00
		CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	013001069375	14/05/2026	31/12/2026	$ 350.181.000,00
		RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	013001069375	14/05/2026	31/12/2026	$ 350.181.000,00
		VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	013001069375	14/05/2026	31/12/2026	$ 350.181.000,00
		DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	013001069375	14/05/2026	31/12/2026	$ 350.181.000,00
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	21/05/2026, 21/05/2026					

DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO

PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/06/2026			
	HASTA: 30/06/2026			
VALOR A COBRAR	$ 2.444.000,00			
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**
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	**ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES**	**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron JESSICA LYS ELIANNA MOLINA NARANJO quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra NICOLAS RUIZ MORENO quien actúa en nombre y representación de ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADO, con el fin de entregar y recibir el informe de avance de ejecución del Contrato.

2. El contratista cumplió con la seguridad social

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 bruto ejecutado antes de IVA	$ 2.444.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor Neto ejecutado en la presente acta: 2	$ 2.444.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600516042	$ 5.800,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el

Supervisor 05 OCT 2026

JESSICA LYS ELIANNA MOLINA NARANJO
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

NICOLAS RUIZ MORENO
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMB
ULANCIA PREPAGADO
Contratista

Elaboró: RUBY CAROLINA ZULUAGA ALDANA
Revisó: ROSA BEATRIZ SAAVEDRA

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y FISCALIZACIÓN DE CONTRATOS
A LA FECHA 07-10-26
ALCALDÍA DE BUCARAMANGA

ACTA_DE_EJECUCION_PARCIAL_DEL_CONTRATO_CONVENIO_2026_84 acta 2

Final Audit Report 2026-09-24

Created:	2026-09-24
By:	Nicolas Ruiz (karen.hernandez@grupoemi.com)
Status:	Signed
Transaction ID:	CBJCHBCAABAAioGYKx3TFKt_wvIIMKzbmhNR2kAvyAKp

"ACTA_DE_EJECUCION_PARCIAL_DEL_CONTRATO_CONVENIO_2026_84 acta 2" History

Document created by Nicolas Ruiz (karen.hernandez@grupoemi.com)
2026-09-24 - 1:14:56 PM GMT

Document emailed to Nicolas Ruiz (karen.hernandez@grupoemi.com) for signature
2026-09-24 - 1:15:00 PM GMT

Email viewed by Nicolas Ruiz (karen.hernandez@grupoemi.com)
2026-09-24 - 1:16:48 PM GMT

Document e-signed by Nicolas Ruiz (karen.hernandez@grupoemi.com)
Signature Date: 2026-09-24 - 1:17:01 PM GMT - Time Source: server - Signature Appearance Selected: IMAGE

Agreement completed.
2026-09-24 - 1:17:01 PM GMT

Vigilado Supersalud

Bucaramanga - COLOMBIA
Calle 53 # 29-36
TEL:(607) 657 71 71

ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADO
NIT: 804.007.617-2
RESPONSABLE DE IVA
Agentes retenedores de renta, IVA e ICA
Autorretenedores de ICA Bucaramanga, Girón, Piedecuesta y Santa Marta
Actividad económica CIIU 8699

Wemi FALCK
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S.
SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA
NIT: 811 007 601 - 0

FECHA GENERACION			HORA GENERACIÓN			FECHA EXPEDICIÓN			PERIODO FACTURADO	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.
21	08	2026	13	59	13	21	08	2026	MES 08/2026 AL 08/2026	
DIA	MES	AÑO	HH	MM	SS	DIA	MES	AÑO	FORMA DE PAGO: Crédito MEDIO DE PAGO: Transferencia bancaria	BAP1048

SEÑOR(A) MUNICIPIO DE BUCARAMANGA ALCALDIA DE BUCARAMANGA — NIT: 890.201.222 - 0
DOMICILIO CALLE 351043 — COBRADOR 000000
TELÉFONO 6333590 — GRUPO/CONVENIO — RADIO
CIUDAD BUCARAMANGA — DEPARTAMENTO SANTANDER

PAGUESE ANTES DE: 2026-09-05

Referencia única de pago

000001111048

Nro.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PLAN	U.MEDIDA	CANTIDAD	VALORES	%IVA
1	0100001014	SERVICIOS JUNIO 2026	SERVICIOS JUNIO	LUN	1	2.444.000	0.00

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACION Y REALIZACION DE CONTRATOS
07-10-26
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

SUBTOTAL	$	2.444.000
DESCUENTO	$	0
SUBTOTAL	$	2.444.000
IVA	$	0
VALOR FACTURA	$	2.444.000
*DESCUENTO	$	0
Seguros Acc	$	0
Seguros Vida	$	0
VALOR A PAGAR	$	2.444.000

- CLIENTE -

Vigilado Supersalud

OBSERVACIONES
RESOL18764100347893 VIGENTE DEL 20/10/2025 HASTA 20/10/2027#AUTORIZADO DESDE BAP-1 AL BAP-2000000

Fecha y hora validacion Dian
2026-08-21 13:59:13

Representación Gráfica del documento electrónico según Resolución DIAN 0165 del 01 de noviembre del 2023.
Cufe: 24ea847441ee4964bae6efaf86eef0036dd38fd4b913f760c85bd17e02ee979a4e118415b1fabba4ea403b054db9004d

eFactura cadena. NIT: 830.510.534-0

Wemi FALCK
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S.
SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA
NIT: 811 007 601 - 0

(415)7709998010871(8020)000001111048(3900)0002444000(96)20260905

FACTURA DE VENTA
BAP1048

VALOR FACTURA	$	2.444.000
Seguros Acc	$	0
Seguros Vida	$	0
VALOR A PAGAR	$	2.444.000

GRUPO
RAD
COB 000000
FECHA 2026-08-21
HASTA MES 08/2026 AL 08/2026

Referencia única de pago

000001111048

000001111048

EFECTIVO $ — NO SE ACEPTA PAGO MIXTO NI PARCIAL

CHEQUE No. — Emitir cheque a nombre de Empresa de Medicina Integral EMI S.A.S.

Si su pago es en cheque, no podrá utilizar cheques remesas.

- BANCO -

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600516042

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total a Pagar $ 5.800

Contribuyente Tipo de Doc. NIT Número 804007617
Nombre ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)7709998035635(8020)025026005160 42(3900)000000005800(96)20250817

Fecha de Expedición 2026/08/11
Fecha Límite de Pago 2026/08/17

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
CONTRALORIA DE BUCARAMANGA
07-10-26
BUCARAMANGA

Contribuyente

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600516042

PRO HOSPITAL $ 5.800

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Tipo de Doc. NIT Número: 804007617
Nombre: ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO
Dirección: Teléfono:

Total a Pagar $ 5.800

Trámite

¡ 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
Recibo Nº
2502600516042

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total a Pagar $ 5.800

Contribuyente Tipo de Doc.NIT Número 804007617
Nombre ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)7709998035635(8020)025026005160 42(3900)000000005800(96)20250817

Fecha de Expedición 2026/08/11
Fecha Límite de Pago 2026/08/17

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600516042

Contribuyente Tipo de Doc. NIT Número 804007617
Nombre ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)7709998035635(8020)025026005160 42(3900)000000005800(96)20250817

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

PRO HOSPITAL $ 5.800

Fecha de Expedición 2026/08/11

Total Estampillas $ 5.800

Banco