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 CONVENIO		
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	
ACTA No.	7	
FECHA DEL ACTA	13/10/2023	
No. DE CONVENIO Y FECHA	48 - 30/03/2023	
TIPO DE CONVENIO	CONVENIO DE ASOCIACION	
CONVENIANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0	
OBJETO	AUNAR ESFUERZOS PARA LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS CENTRO VIDA Y CENTRO DE BIENESTAR.	
CONVENIDO	NOMBRE	ASOCIACION VOLUNTARIA DE APOYO INTEGRAL AL ENFERMO DE CANCER AVAC
	C.C./NIT	890203983
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	myriam arias morales
	C.C./NIT	37816172
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	JORGE ISNARDO NEIRA GONZALEZ
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social
	C.C.	1098651859
SUPERVISOR	NOMBRE:	VIVIANA ANDREA RAMIREZ CASTELLANOS
	C.C./NIT:	1098661657
VALOR DEL CONVENIO	$ 504.105.390,00	Aporte Municipio $ 270.186.180,00
		Aporte Convenido $ 233.919.210,00
VALOR ADICIONADO	$ 51.390.930,00	Aporte Municipio $ 0,00
		Aporte Convenido $ 0,00
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	3233, 3234, 3235, 3236
	FECHA:	22/03/2023, 22/03/2023, 22/03/2023, 22/03/2023
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	6314, 6323
	FECHA:	09/08/2023, 09/08/2023
RP	NÚMERO:	3896, 3897, 3898, 3899
	FECHA:	31/03/2023, 31/03/2023, 31/03/2023, 31/03/2023
RP ADICIONAL	NÚMERO:	9753, 9754
	FECHA:	15/08/2023, 15/08/2023
PLAZO DEL CONVENIO	Fecha de Inicio	01/04/2023
	Fecha de Finalización	17/12/2023
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	DOSCIENTOS VEINTIOCHO (228) DÍAS CENTRO VIDA Y CIENTO CUARENTA Y SEIS (146) DÍAS CENTRO DE BIENESTAR

MODIFICACIONES DEL CONVENIO

Tipo de Modificación	No.	Tiempo	Fecha Inicial	Fecha Final
Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Prórrogas	1	261 días	15/11/2023	17/12/2023

Tipo de Modificación	No.	Fecha de la adición	Valor adicionado	Valor total del contrato
Adiciones	1	15/08/2023	$ 51.390.930,00	$ 321.577.110,00

Otras Modificaciones	No.	Fecha de la modificación	Observaciones
Cesión/OtroSi/Aclaraciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica

GARANTÍAS PRESENTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO:

ASEGURADORA	AMPARO	No. Póliza	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO
ASEGURADORA SOLIDARIA DE	CUMPLIMIENTO	465-47-994000007369	30/03/2023	13/03/2024	$ 50.410.539,00
		465-47-994000007369	30/03/2023	14/03/2024	$ 50.410.539,00

	COLOMBIA		465-47-994000007369	30/03/2023	18/04/2024	$ 60.115.648,50
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	465-74-994000002014	30/03/2023	13/11/2023	$ 232.000.000,00
			465-74-994000002014	30/03/2023	14/11/2023	$ 232.000.000,00
			465-74-994000002014	14/11/2023	18/12/2023	$ 232.000.000,00
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	465-47-994000007369	30/03/2023	13/11/2026	$ 50.410.539,00
			465-47-994000007369	30/03/2023	14/11/2026	$ 50.410.539,00
			465-47-994000007369	30/03/2023	18/12/2026	$ 60.115.648,50
		CALIDAD DE SERVICIO	465-47-994000007369	30/03/2023	13/03/2024	$ 50.410.539,00
			465-47-994000007369	30/03/2023	14/03/2024	$ 50.410.539,00
			465-47-994000007369	30/03/2023	18/04/2024	$ 60.115.648,50

FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	01/04/2023, 01/04/2023, 04/08/2023, 04/08/2023, 17/08/2023, 17/08/2023

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 01/09/2023
	HASTA: 30/09/2023
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 37.158.900,00
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO DE COTIZACIÓN	FECHA DE CERTIFICACIÓN	Nro. PLANILLA INTEGRADA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN
N/A	15/09/2023	N/A	N/A

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Ver certificación anexa	Ver certificación anexa	Ver certificación anexa
VR PAGADO $	VR PAGADO $	VR PAGADO $

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron VIVIANA ANDREA RAMIREZ CASTELLANOS quien actúa en nombre y representación del MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra myriam arias morales quien actúa en nombre y representación de ASOCIACION VOLUNTARIA DE APOYO INTEGRAL AL ENFERMO DE CANCER AVAC, con el fin de entregar y recibir el informe de avance de ejecución del Convenio.

2. La ESSAL, presenta certificación que se encuentra a PAZ Y SALVO en el pago de parafiscales.

3. El Convenido ha ejecutado las actividades estipuladas en el Convenio 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 desembolso de las actividades realizadas, de acuerdo con el siguiente detalle:

Valor ejecutado en la presente acta: 7	$ 37.158.900,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 37.158.900,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502300539897	$ 3.900,00

ORDENANZA 012	2502300539897	$ 390,00

6. ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 220 ✓
2.3.2.02.02.009.4104008.93491.220 ✓
CENTRO VIDA ✓
RP No. 3896 $31.000.800 ✓
ESTAMPILLA PARA EL
BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL520 ✓
2.3.2.02.02.009.4104008.93304.520 ✓
CENTRO DE
BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No. 9754 $6.158.100 ✓

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 13 de Octubre de 2023. ✓

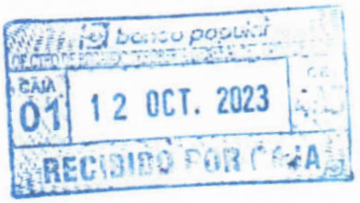
Supervisor

VIVIANA ANDREA RAMIREZ CASTELLANOS
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

Convenido

myriam arias morales
ASOCIACION VOLUNTARIA DE APOYO INTEGRAL
AL ENFERMO DE CANCER AVAC
Convenido

Elaboró: BLANCA N GONGORA CARTAGENA-CPS/SDS
Revisó: VIVIANA A RAMIREZ CASTELLANOS-SUPERVISORA/SDS
REVISÓ:ANLLY TATIANA MENDOZA-CPS/SDS
JUAN C DAVILA-FINANCIERO-CPS/SDS



SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890.201.235-6

Recibo de recaudo No: 2502300539897

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 8902039836
Nombre:
ASOCIACION VOLUNTARIA DE APOYO
INTEGRAL AL ENFERMO DE CANCER

TRÁMITE
CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCION

PRO HOSPITAL	$3.900
TOTAL	$3.900
Ordenanza 012/2005	$390
Total a pagar	**$4.290**

Con destino a:
Alcaldía de Bucaramanga

Fecha expedición: 2023/10/12
Fecha límite de pago: 2023/10/18

Puede ingresar a
https://estampillas.syc.com.co/
para validar y consultar el detalle del pago de la
Estampilla Departamental.

FE-OF-071

SOPORTE TRÁMITE

Hora Imp:20231012 09:30:31

Banco popular