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.	8	
FECHA DEL ACTA	14/11/2023	
No. DE CONVENIO Y FECHA	50 - 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	ASILO DE ANCIANOS SAN ANTONIO DE LA CONGREGACIÓN DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE BUCARAMANGA
	C.C./NIT	890201229
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	MARIA VIRGINIA CORTES CORTES
	C.C./NIT	37230154
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	JORGE ISNARDO NEIRA GONZALEZ
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social
	C.C.	1098651859
SUPERVISOR	NOMBRE:	MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA
	C.C./NIT:	63349844
VALOR DEL CONVENIO	$ 336.700.875,00	Aporte Municipio $ 171.716.250,00
		Aporte Convenido $ 164.984.625,00
VALOR ADICIONADO	$ 167.189.400,00	Aporte Municipio $ 85.266.000,00
		Aporte Convenido $ 81.923.400,00
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	3226, 3227
	FECHA:	22/03/2023, 22/03/2023
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	6331
	FECHA:	09/08/2023
RP	NÚMERO:	3900, 3911
	FECHA:	31/03/2023, 31/03/2023
RP ADICIONAL	NÚMERO:	9830
	FECHA:	16/08/2023
PLAZO DEL CONVENIO	Fecha de Inicio	31/03/2023
	Fecha de Finalización	22/08/2023
	Nueva Fecha Terminación	02/11/2023
	Duración	CIENTO CUARENTA Y CINCO (145) DÍAS CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO

MODIFICACIONES DEL CONVENIO

Tipo de Modificación	**No.**	**Tiempo**	**Fecha Inicial**	**Fecha Final**
Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Prórrogas	1	72 días	23/08/2023	02/11/2023

Tipo de Modificación	**No.**	**Fecha de la adición**	**Valor adicionado**	**Valor total del contrato**
Adiciones	1	16/08/2023	$ 85.266.000,00	$ 256.982.250,00

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**		**VALOR ASEGURADO**
			Desde	**Hasta**	
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	CUMPLIMIENTO	400-47-994000091337	30/03/2023	23/12/2023	$ 33.670.087,50
		400 47 994000091337	30/03/2023	05/03/2024	$ 50.389.027,50

		RESPONSABILIDAD	400-74-994000022515	30/03/2023	23/08/2023	$ 232.000.000,00
		CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000022515	23/08/2023	05/11/2023	$ 232.000.000,00
		PAGO DE SALARIOS,	400-47-994000091337	30/03/2023	23/08/2026	$ 33.670.087,50
		PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	400 47 994000091337	30/03/2023	05/11/2026	$ 50.389.027,50
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000091337	30/03/2023	23/12/2023	$ 33.670.087,50
			400 47 994000091337	30/03/2023	05/03/2024	$ 50.389.027,50
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	31/03/2023, 31/03/2023, 17/08/2023, 17/08/2023					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 01/10/2023
	HASTA: 30/10/2023
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 9.153.351,00
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	30/10/2023	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 MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA quien actúa en nombre y representación del MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra MARIA VIRGINIA CORTES CORTES quien actúa en nombre y representación de ASILO DE ANCIANOS SAN ANTONIO DE LA CONGREGACIÓN DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE BUCARAMANGA, 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: 8	$ 9.153.351,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 9.153.351,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502300600179	$ 3.900,00
ORDENANZA 012	2502300600179	$ 390,00

6. ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 220
2.3.2.02.02.009.4104008.93304.220
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No.3900
$18.084.399
ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 520
2.3.2.02.02.009.4104008.93304.520
RP No.9830 $8.289.750

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 14 de Noviembre de 2023.

Supervisor

MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

Convenido

MARIA VIRGINIA CORTES CORTES
ASILO DE ANCIANOS SAN ANTONIO DE LA CON GREGACIÓN DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DE
Convenido

Elaboró: BLANCA N GONGORA CARTAGENA-CPS/SDS
Revisó: MARIA ISABEL BALLESTEROS N-SUPERVISORA/SDS JUAN C DAVILA-FINANCIERO-CPS/SDS

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACION Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
FECHA 15-11-23
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502300600180

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $3.900

Total Estampillas $3.900
Ordenanza 012 $390
Total a Pagar $4.290

Fecha de Expedición 8/11/2023 1:15:17 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2023/11/14

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Contribuyente **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 890201229
Nombre ASILO DE ANCIANOS SAN ANTONIO SAN ANTONIO DE LA CONGREGACION
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)0250230060018O(3900)00000000004290(96)20231114

"0000000000"
"2705731749"

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE VERIFICACION Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
FECHA 15-11-23
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502300600180**

"0000000000"
"2705731749"

PRO HOSPITAL $3.900

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Tipo de Doc. N.I. Número: 890201229
Nombre: ASILO DE ANCIANOS SAN ANTONIO SAN ANTONIO
Dirección: Teléfono:

Total Estampillas $3.900
Ordenanza 012 $390
Total a Pagar $4.290

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502300600180**

PRO HOSPITAL $3.900

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Total a Pagar $4.290

Total Estampillas $3.900
Ordenanza 012 $390

Fecha de Expedición 8/11/2023 1:15:17 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2023/11/14

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502300600180**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

PRO HOSPITAL $3.900

Total Estampillas $3.900
Ordenanza 012 $390
Total a Pagar $4.290

Contribuyente **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 890201229
Nombre ASILO DE ANCIANOS SAN ANTONIO SAN ANTONIO DE LA CONGREGACION
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)0250230060018O(3900)00000000003900(96)20231114

Fecha de Expedición 8/11/2023 1:15:17 p. m.
Fecha Limite de Pago 2023/11/14

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502300600180**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 890201229
Nombre ASILO DE ANCIANOS SAN ANTONIO SAN ANTONIO DE LA CONGREGA
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)0250230060018O(3900)00000000003900(96)20231114

(415)8902012356006(8020)0250230060018O(3900)00000000000390(96)20231114

PRO HOSPITAL $3.900

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Fecha de Expedición 8/11/2023 1:15:17 p. m.

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Total a Pagar $4.290

Total Estampillas $3.900
Ordenanza 012 $390