1461

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	55 - 31/03/2023	
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	FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA
	C.C./NIT	804008547
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	santiago rangel nuñez
	C.C./NIT	12547558
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	$ 298.293.150,00	Aporte Municipio $ 157.038.780,00
		Aporte Convenido $ 141.254.370,00
VALOR ADICIONADO	$ 90.556.560,00	Aporte Municipio $ 46.894.230,00
		Aporte Convenido $ 43.662.330,00
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	3265, 3266, 3267, 3268
	FECHA:	22/03/2023, 22/03/2023, 22/03/2023, 22/03/2023
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	6320, 6330
	FECHA:	09/08/2023, 09/08/2023
RP	NÚMERO:	3924, 3925, 3926, 3927
	FECHA:	31/03/2023, 31/03/2023, 31/03/2023, 31/03/2023
RP ADICIONAL	NÚMERO:	9875, 9876
	FECHA:	17/08/2023, 17/08/2023
PLAZO DEL CONVENIO	Fecha de Inicio	01/04/2023
	Fecha de Finalización	14/11/2023
	Nueva Fecha Terminación	17/12/2023
	Duración	DOSCIENTOS VEINTIOCHO (228) DÍAS CENTRO VIDA Y CIENTO CUARENTA Y CINCO (145) DÍAS CENTRO BIENESTAR

MODIFICACIONES DEL CONVENIO

Tipo de Modificación	No.	Tiempo	Fecha Inicial	Fecha Final
Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Prórrogas	1	73 días	15/11/2023	17/12/2023

Tipo de Modificación	No.	Fecha de la adición	Valor adicionado	Valor total del contrato
Adiciones	1	16/08/2023	$ 46.894.230,00	$ 203.933.010,00

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	400-47-994000091362	31/03/2023	16/03/2024	$ 28.829.315,00
		400-47-994000091362	31/03/2023	20/04/2023	$ 38.884.971,00

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: 2 de 3

		RESPONSABILIDAD	400-74-994000022524	31/03/2023	16/11/2023	$ 232.000.000,00
		CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000022524	16/11/2023	20/12/2023	$ 232.000.000,00
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	400-47-994000091362	31/03/2023	16/11/2026	$ 29.829.315,00
			400-47-994000091362	31/03/2023	20/12/2026	$ 38.884.971,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000091362	31/03/2023	16/03/2024	$ 29.829.315,00
			400-47-994000091362	31/03/2023	20/04/2023	$ 38.884.971,00
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	01/04/2023, 01/04/2023, 18/08/2023, 18/08/2023					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 01/10/2023
	HASTA: 31/10/2023
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 11.700.390,00
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	11/10/2023	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 santiago rangel nuñez quien actúa en nombre y representación de FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA, 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	$ 11.700.390,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 11.700.390,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502300597351	$ 3.900,00
ORDENANZA 012	2502300597351	$ 390,00

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: 3 de 3

6. ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 520
2.3.2.02.02.009.4104008.93304.520
CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No.9876
$11.700.390

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

santiago rangel nuñez
FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA
Convenido

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

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA: 15-11-23
ALCALDÍA DE BUCARAMANGA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502300602556

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $3.900

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

Fecha de Expedición 2023/11/09 **Fecha Limite de Pago** 2023/11/15

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 804008547
Nombre FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502300602556(3900)000000000004290(96)20231115

"0267493272"
"0410140051"

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502300602556**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. N.I. Número: 804008547
Nombre: FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CA
Dirección: Teléfono:

"0267493272"
"0410140051"

PRO HOSPITAL $3.900

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502300602556**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.290**

Fecha de Expedición 2023/11/09 **Fecha Limite de Pago** 2023/11/15

PRO HOSPITAL $3.900

Total $3.900
Ordenanza 012 $390

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502300602556**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL $3.900

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 804008547
Nombre FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502300602556(3900)000000000003900(96)20231115

Fecha de Expedición 2023/11/09
Fecha Limite de Pago 2023/11/15

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502300602556**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 804008547
Nombre FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2023/11/09

Total a Pagar **$4.290**

(415)8902012356005(8020)02502300602556(3900)000000000003900(96)20231115

(415)8902012356006(8020)02502300602556(3900)000000000000390(96)20231115

PRO HOSPITAL $3.900

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

Total $3.900
Ordenanza 012 $390