1156.

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.	2	
FECHA DEL ACTA	12/04/2024	
No. DE CONVENIO Y FECHA	20 - 01/02/2024	
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 PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS CENTRO VIDA Y CENTRO DE BIENESTAR. LOTE III	
CONVENIDO	NOMBRE	FUNDACION ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUSTODIOS
	C.C./NIT	800169294
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	albeiro vargas romero
	C.C./NIT	13540822
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	IVAN DARIO TORRES ALFONSO
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social
	C.C.	13740179
SUPERVISOR	NOMBRE:	MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA
	C.C./NIT:	63349844
VALOR DEL CONVENIO	$ 1.246.230.000,00	Aporte Municipio $ 663.069.000,00
		Aporte Convenido $ 583.161.000,00
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	Aporte Municipio $ 0,00
		Aporte Convenido $ 0,00
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	347, 346, 345, 344
	FECHA:	24/01/2024, 24/01/2024, 24/01/2024, 24/01/2024
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	961, 962, 963, 964
	FECHA:	02/02/2024, 02/02/2024, 02/02/2024, 02/02/2024
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONVENIO	Fecha de Inicio	02/02/2024
	Fecha de Finalización	02/07/2024
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO.

MODIFICACIONES DEL CONVENIO

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 CONVENIO:

ASEGURADORA	AMPARO	No. Póliza	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO
ASEGURADORA	CUMPLIMIENTO	400-47-994000098296	01/02/2024	01/01/2025	$ 124.623.000,00

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

	SOLIDARIA DE COLOMBIA					
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-47-994000098296	01/02/2024	01/07/2027	$ 124.623.000,00
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000024660	01/02/2024	01/07/2024	$ 260.000.000,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000098296	01/02/2024	01/01/2025	$ 124.623.000,00
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	02/02/2024, 02/02/2024					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 01/03/2024			
	HASTA: 31/03/2024			
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 126.845.128,00			
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	10/04/2024	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 albeiro vargas romero quien actúa en nombre y representación de FUNDACION ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUSTODIOS, 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: 2	$ 126.845.128,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 126.845.128,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

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

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502400183335	$ 4.300,00
ORDENANZA 012	2502400183335	$ 430,00

6. ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 220
2.3.2.02.02.009.4104008.93491.220
CENTRO VIDA
RP No.964 $92.076.680
ESTAMPILLA PARA EL
BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 220
2.3.2.02.02.009.4104008.933.04.220
CENTRO DE
BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No.963 $34.768.448

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 12 de Abril de 2024.

Supervisor

MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA
Municipio de Bucaramanga
Supervisor

Convenido

albeiro vargas romero
FUNDACION ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUST ODIOS
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 15-04-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

1164

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400183335

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$4.300
Total	**$4.300**
Ordenanza 012	$430
Total a Pagar	**$4.730**

Fecha de Expedición 2024/04/10 **Fecha Limite de Pago** 2024/04/16

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

Contribuyente Tipo de Doc. N.I. Número 800169294
Nombre FUNDACIÓN ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUSTODIOS
Dirección Teléfono
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038635(8020)02502400183335(3900)00000000004730(96)20240416

0566634559
3708114725

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA. 15-04-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas Recibo Nº **2502400183335**

0566634559
3708114725

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. N.I. Número: 800169294
Nombre: FUNDACIÓN ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUSTO
Dirección: Teléfono:

PRO HOSPITAL	$4.300
Total	**$4.300**
Ordenanza 012	$430
Total a Pagar	**$4.730**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas Recibo Nº **2502400183335**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 2024/04/10 **Fecha Limite de Pago** 2024/04/16

PRO HOSPITAL	$4.300
Total	**$4.300**
Ordenanza 012	$430

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas Recibo Nº **2502400183335**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$4.300
Total	**$4.300**
Ordenanza 012	$430
Total a Pagar	**$4.730**

Contribuyente Tipo de Doc. N.I. Número 800169294
Nombre FUNDACIÓN ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUSTODIOS
Dirección Teléfono
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400183335(3900)00000000004300(96)20240416

Fecha de Expedición 2024/04/10
Fecha Limite de Pago 2024/04/16

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas Recibo Nº **2502400183335**

Con ribuyen e Tipo de Doc. N.I. Número 800169294
Nombre FUNDACIÓN ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUSTODIOS
Dirección Teléfono
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2024/04/10

Total a Pagar **$4.730**

(415)8902012356005(8020)02502400183335(3900)00000000004300(96)20240416

(415)8902012356006(8020)02502400183335(3900)00000000000430(96)20240416

PRO HOSPITAL $4.300

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

Total	**$4.300**
Ordenanza 012	$430

Pagado Electronicamente