DATOS DEL CONTRATO /CONVENIO		
DEPENDENCIA	*SECRETARIA DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL*	
ACTA No.	*Uno (01)*	
FECHA DEL ACTA	*Veintitrés (23) de mayo de 2024*	
No. DE CONTRATO Y FECHA	CONVENIO DE ASOCIACIÓN – 110- 2024 DE FECHA 12/04/24	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
CONTRANTE O CONVENIANTE	ALCALDIA MUNICIPAL DE MALAGA - SANTANDER	
OBJETO	AUNAR ESFUERZOS PARA GARANTIZAR EL APOYO Y ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES, EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LO RELACIONADO A LA ALIMENTACIÓN, SALUD PRIMARIA, Y ASISTENCIA PSICOSOCIAL ATENDIDOS POR LOS CENTROS VIDA, EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA - SANTANDER.	
CONTRATISTA O CONVENIDO	NOMBRE	CORPORACIÓN COLOMBIANA PARA EL DESARROLLO SOCIAL CORPOCOLDES
	C.C/ NIT	9006920336
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	YIXSA ORTIZ ANTOLINEZ
	C.C	28.068.279
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	RUBÉN DARÍO MORENO MÉNDEZ
	CARGO	ALCALDE MUNICIPAL
	C.C	91.255.736
SUPERVISOR O INTERVENTOR	NOMBRE	ELIZABETH CRISTINA GUARIN LIZCANO
	C.C	1.096.947.481
VALOR DEL CONTRATO	SETENTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y UN MIL CIENTO CUARENTA Y DOS PESOS CON OCHENTA Y CINCO CENTAVOS MCTE ($ **77.261.142,85**)	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO (CONTRATO) O DESEMBOLSO (CONVENIO) (____%)	N/A	
CDP	NÚMERO: 04-13-24	
	FECHA: 08/04/2024	
RP	NÚMERO: 04-44-24	
	FECHA: 12/04/2024	
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	12/04/2024
	Fecha de Finalización:	05/06/2024
	Nueva fecha de terminación:	N/A
	Duración:	36 días

MODIFICACIONES DEL CONTRATO O CONVENIO

Tipo de modificación	**No.**	**Tiempo**	**Fecha inicial**	**Fecha Final**
Suspensiones	N/A			
Prórrogas	N/A			
Tipo de modificación	**No.**	**Fecha de la adición**	**Valor adicionado**	**Valor total del contrato**
Adiciones	N/A			
Otras modificaciones	**No.**	**Fecha de la modificación**	**Observaciones**	
Cesión/ Otros/ Aclaraciones	N/A			

GARANTÍAS PRESENTADAS PARA LA EJECUCIÓN

Aseguradora	**Amparo**	**No. Póliza**	**Vigencia**		**Valor Asegurado**
			Desde	**Hasta**	

DEL CONTRATO O CONVENIO:	**Aseguradora solidaria de Colombia**	**Cumplimiento del contrato**	**400-47-994000099887**	**12/04/24**	**05/10/2024**	**$7.726.114,30**
		Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización laboral		**12/04/24**	**05/06/2027**	**$3.863.057,15**
	POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL					
	N/A					
FECHA APROBACIÓN DE POLIZAS	**12 de abril de 2024**					

DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO O DESEMBOLSO DE CONVENIO

PERIODO DE COBRO	DESDE: 12/04/2024 HASTA: 8/05/2024
VALOR A COBRAR	VEINTISIETE MILLONES CUARENTA Y UN MIL CUATROSCIENTOS ($ **27.041.400**)
ANTICIPO AMORTIZADO	**N/A**

PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO DE COTIZACIÓN	**FECHA DE PAGO**	**Nro. PLANILLA INTEGRADA**			**INGRESO BASE DE COTIZACIÓN**
ABRIL Y MAYO	07/05/2024 22/05/2024 22/05/2024	**4551038959** **4552876923** **4553006299**			
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	**ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES**	**PENSIÓN**	**OTROS PARAFISCALES**	**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	
SANITAS S.A.	**COMFENALCO SANTANDER**	**PORVENIR**	**PASENA-SENA PAICBF-ICBF**	**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**	
VR PAGADO $33.000 $70.800 $162.500	VR PAGADO $33.000 $0 $52.000	VR PAGADO $ 131.800 $0 $208.000	VR PAGADO $41.800 $65.000	VR PAGADO $ 4.300 $0 $6.800	

El contratista atiende a una persona jurídica, por lo cual allega certificado de aporte emitido por revisor fiscal, adicionalmente copia de planilla de pago de aportes. Donde acredita el cumplimiento de los aportes de parafiscales y seguridad social por los últimos seis meses.

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Málaga, se reunieron ELIZABETH CRISTINA GUARIN LIZCANO quien actúa en calidad de secretaria de Desarrollo Económico y Social, y a la vez como supervisora, y por la otra la señora YIXSA ORTIZ ANTOLINEZ, representante legal de la CORPORACIÓN COLOMBIANA PARA EL DESARROLLO SOCIAL CORPOCOLDES, con el fin de entregar y recibir el informe de ejecución del Contrato.
2. El contratista atiende a una persona jurídica, por lo cual allega certificado de aporte emitido por revisor fiscal donde acredita el cumplimiento de los aportes de parafiscales y seguridad social del mes de abril y del mes de mayo, adicionalmente copia de planilla de pago de aportes de los meses de abril No. **4551038959 – 4552876923** y mayo No. **4553006299**
3. El contratista garantizó el apoyo y asistencia integral a los adultos mayores, en condición de vulnerabilidad en lo relacionado a la alimentación, salud primaria, y asistencia psicosocial, atendiendo a la ficha técnica del convenio y a satisfacción, según informe de cumplimiento de obligaciones contractuales generado por parte del supervisor.
4. La supervisora una vez verificada la factura electrónica de venta FE No. 332 del 08/05/2024 y los soportes exigidos, autoriza el pago de las actividades realizadas, de acuerdo con el siguiente detalle:

Valor ejecutado en la presente acta:	**$27.041.400**
Valor IVA:	N/A
Menos amortización del anticipo/ Menos pago anticipado	N/A
Valor bruto ejecutado a pagar	**$27.041.400**

5. Se adhiere y anula estampilla(s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO HOSPITAL	2502400232139	$ 540.800
PRO UIS	2502400232139	$ 540.800
ORDENANZA 012	2502400232139	$ 108.160

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Málaga - Santander a los veintitrés días (23) del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024).

ELIZABETH CRISTINA GUARÍN LIZCANO
Supervisor

YASA ORTIZ ANTOLINEZ
Representante legal
CORPORACIÓN COLOMBIANA PARA EL DESARROLLO SOCIAL CORPOCOLDES