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.	6	
FECHA DEL ACTA	19/07/2024	
No. DE CONVENIO Y FECHA	18 - 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 IV	
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	IVAN DARIO TORRES ALFONSO
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social
	C.C.	13740179
SUPERVISOR	NOMBRE:	GLADYS MERCHAN GARCIA
	C.C./NIT:	63276583
VALOR DEL CONVENIO	$ 290.151.000,00	Aporte Municipio $ 151.726.500,00
		Aporte Convenido $ 138.424.500,00
VALOR ADICIONADO	$ 123.036.900,00	Aporte Municipio $ 64.623.450,00
		Aporte Convenido $ 58.413.450,00
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:	4028, 4026, 4158, 4027, 4025
	FECHA:	30/05/2024, 30/05/2024, 12/06/2024, 30/05/2024, 30/05/2024
RP	NÚMERO:	955, 956, 957, 958
	FECHA:	02/02/2024, 02/02/2024, 02/02/2024, 02/02/2024
RP ADICIONAL	NÚMERO:	5555, 5557, 5558, 5559, 5560
	FECHA:	19/06/2024, 19/06/2024, 19/06/2024, 19/06/2024, 19/06/2024
PLAZO DEL CONVENIO	Fecha de Inicio	02/02/2024
	Fecha de Finalización	30/06/2024
	Nueva Fecha Terminación	15/09/2024
	Duración	(7) SIETE MESES Y (15) QUINCE DIAS

MODIFICACIONES DEL CONVENIO

Tipo de Modificación	**No.**	**Tiempo**	**Fecha Inicial**	**Fecha Final**
Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Prórrogas	1	75 días	01/07/2024	15/09/2024
Tipo de Modificación	**No.**	**Fecha de la adición**	**Valor adicionado**	**Valor total del contrato**
Adiciones	1	14/06/2024	$ 64.623.450,00	$ 216.349.950,00
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	CUMPLIMIENTO	400-47-994000098260	01/02/2024	01/01/2025	$ 29.015.100,00

	SOLIDARIA DE COLOMBIA		400-47-994000098260	01/02/2024	14/03/2025	$ 41.318.790,00
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-47-994000098260	01/02/2024	01/07/2027	$ 29.015.100,00
			400-47-994000098260	01/02/2024	14/09/2027	$ 41.318.790,00
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000024655	01/02/2024	01/07/2024	$ 260.000.000,00
			400-74-994000024655	01/02/2024	14/09/2024	$ 260.000.000,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000098260	01/02/2024	01/01/2025	$ 29.015.100,00
			400-47-994000098260	01/02/2024	14/03/2025	$ 41.318.790,00

FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	02/02/2024, 02/02/2024

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 02/06/2024
	HASTA: 01/07/2024
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 11.178.000,00
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	08/07/2024	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 GLADYS MERCHAN GARCIA quien actúa en nombre y representación de 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: 6	$ 11.178.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 11.178.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR

PRO-HOSPITAL	2502400348109	$ 4.300,00
ORDENANZA 012	2502400348109	$ 430,00

6. ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR DEPARTAMENTAL 288
2.3.2.02.02.009.4104008.93491.288
CENTRO VIDA
RP No.956

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 19 de Julio de 2024.

Supervisor

GLADYS MERCHAN GARCIA
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: GLADYS MERCHAN GARCIA-SUPERVISORA/SDS JUAN C DAVILA-FINANCIERO-CSP/SDS

SECRETARÍA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA: 24-07-24
ALCALDÍA DE BUCARAMANGA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400348109

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $4.300

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

Fecha de Expedición 2024/07/13 **Fecha Limite de Pago** 2024/07/19

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)02502400348109(3900)000000000004730(96)20240719

"0773672142"
"1608017920"

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
FECHA 24-07-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502400348109**

"0773672142"
"1608017920"

PRO HOSPITAL $4.300

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:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502400348109**

PRO HOSPITAL $4.300

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 2024/07/13 **Fecha Limite de Pago** 2024/07/19

Total $4.300
Ordenanza 012 $430

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502400348109**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía 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** 804008547
Nombre FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400348109(3900)000000000004300(96)20240719

Fecha de Expedición 2024/07/13
Fecha Limite de Pago 2024/07/19

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502400348109**

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

(415)8902012356005(8020)02502400348109(3900)000000000004300(96)20240719

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)02502400348109(3900)000000000000430(96)20240719

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

PRO HOSPITAL $4.300

Fecha de Expedición 2024/07/13

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

Total a Pagar **$4.730**

Total $4.300
Ordenanza 012 $430