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.	5	
FECHA DEL ACTA	17/07/2024	
No. DE CONVENIO Y FECHA	12 - 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 VII	
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	AURA MARIA CARO TARAZONA
	C.C./NIT	35325027
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	$ 413.223.750,00	Aporte Municipio $ 210.746.250,00
		Aporte Convenido $ 202.477.500,00
VALOR ADICIONADO	$ 151.515.375,00	Aporte Municipio $ 77.273.625,00
		Aporte Convenido $ 74.241.750,00
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	347, 345
	FECHA:	24/01/2024, 24/01/2024
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	4028, 4026, 4158
	FECHA:	30/05/2024, 30/05/2024, 12/06/2024
RP	NÚMERO:	945, 946
	FECHA:	02/02/2024, 02/02/2024
RP ADICIONAL	NÚMERO:	5521, 5522, 5523
	FECHA:	14/06/2024, 14/06/2024, 14/06/2024
PLAZO DEL CONVENIO	Fecha de Inicio	02/02/2024
	Fecha de Finalización	30/06/2024
	Nueva Fecha Terminación	25/08/2024
	Duración	(6) SEIS MESES Y (25) VEINTICINCO DIAS

MODIFICACIONES DEL CONVENIO

Tipo de Modificación	No.	Tiempo	Fecha Inicial	Fecha Final
Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Prórrogas	1	55 dias	01/07/2024	25/08/2024

Tipo de Modificación	No.	Fecha de la adición	Valor adicionado	Valor total del contrato
Adiciones	1	14/06/2024	$ 77.273.625,00	$ 288.019.875,00

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 Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	CUMPLIMIENTO	400-47-994000098269	02/02/2024	02/01/2025	$ 41.322.375,00
		400-47-994000098269	02/02/2024	25/02/2025	$ 56.473.912,50

		PAGO DE SALARIOS,	400-47-994000098269	02/02/2024	02/07/2027	$ 41.322.375,00
		PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-47-994000098269	02/02/2024	25/08/2027	$ 56.473.912,50
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000024660	01/02/2024	01/07/2024	$ 260.000.000,00
			400-74-994000024660	01/02/2024	25/08/2024	$ 260.000.000,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000098269	02/02/2024	02/01/2025	$ 41.322.375,00
			400-47-994000098269	02/02/2024	25/02/2025	$ 56.473.912,50

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

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 01/06/2024
	HASTA: 30/06/2024
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 11.103.272,00
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	02/07/2024	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 MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra AURA MARIA CARO TARAZONA 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: 5	$ 11.103.272,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 11.103.272,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR

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

PRO-HOSPITAL	2502400337435	$ 4.300,00
ORDENANZA 012	2502400337435	$ 430,00

6. ESTAMPILLA PRA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 220
2.3.2.02.02.009.4104008.93304.220
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No.946

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 17 de Julio de 2024.

Supervisor

MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Convenido

AURA MARIA CARO TARAZONA
ASILO DE ANCIANOS SAN ANTONIO DE LA CON
GREGACIÓN DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DE
Convenido

Elaboró: BNGC
Revisó: MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA-SUPERVISORA/SDS
REVISO JCD-FINANCIERO

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
FECHA 18-07-26
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400337435

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

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)02502400337435(3900)00000000004730(96)20240715

0000000000
2705731749

SECRETARÍA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
A FECHA 18-07-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Fecha de Expedición 2024/07/09 **Fecha Limite de Pago** 2024/07/15

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502400337435**

0000000000
2705731749

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. N.I.
Nombre: ASILO DE ANCIANOS SAN ANTONIO SAN ANTONIO
Dirección: Número: 890201229
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** **2502400337435**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 2024/07/09 **Fecha Limite de Pago** 2024/07/15

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502400337435**

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** 890201229
Nombre ASILO DE ANCIANOS SAN ANTONIO SAN ANTONIO DE LA CONGREGACION
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400337435(3900)00000000004300(96)20240715

Fecha de Expedición 2024/07/09
Fecha Limite de Pago 2024/07/15

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502400337435**

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)02502400337435(3900)00000000004300(96)20240715

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)02502400337435(3900)00000000000430(96)20240715

PRO HOSPITAL $

Pagado Electronicamente