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.	7	
FECHA DEL ACTA	09/08/2024	
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 días	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: 01/07/2024			
	HASTA: 31/07/2024			
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 43.554.225,00			
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	02/08/2024	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: 7	$ 43.554.225,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 43.554.225,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR

PRO-HOSPITAL	2502400379168	$ 4.300,00
ORDENANZA 012	2502400379168	$ 430,00

6. ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 220
2.3.2.02.02.009.4104008.93491.220
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No.946 $1.592.305
RP
No.5521 $27.579.750
ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL No.258
2.3.2.02.02.009.4104008.93304.258
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No.5523
$14.382.170

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 9 de Agosto 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: BLANCA N GONGORA CARTAGENA-CPS/SDS
Revisó: MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA-SUPERVISORA/SDS

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACION, LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA: 09-08-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400379168

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $4.300

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

Fecha de Expedición 2024/07/30 **Fecha Limite de Pago** 2024/08/05

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

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)0250240037916 8(3900)0000000004730(96)20240805

0808893148
4133687273

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
COMITE RATIFICACION Y RECTIFICACION DE CONTRATOS
FECHA
09-08-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400379168
0808893148
4133687273
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

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400379168
Trámite
CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA
Total a Pagar $4.730
Fecha de Expedición 2024/07/30
Fecha Limite de Pago 2024/08/05
PRO HOSPITAL $4.300
Total $4.300
Ordenanza 012 $430

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400379168
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)0250240037916 8(3900)0000000004300(96)20240805
Fecha de Expedición 2024/07/30
Fecha Limite de Pago 2024/08/05

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400379168
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)0250240037916 8(3900)0000000004300(96)20240805
Trámite
CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES
(415)8902012356006(8020)0250240037916 8(3900)0000000000430(96)20240805
PRO HOSPITAL $4.300

Pagado Electrónicamente