ACTA DE APROBACIÓN DE PÓLIZAS

Núm. del convenio:	COA-SOC-013-2024
Fecha del Contrato o de la modificación:	DOS (2) DE AGOSTO DEL 2024
Clase de Contrato:	CONVENIO DE ASOCIACION
Objeto:	AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y ECONÓMICOS PARA GARANTIZAR EL APOYO Y ASISTENCIA A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD, AISLAMIENTO O CARENCIA DE SOPORTE SOCIAL A TRAVÉS DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO CLAVER EN EL MUNICIPIO DEL SOCORRO SANTANDER
Plazo Total:	El plazo del convenio será **CINCUENTA Y NUEVE (59) DÍAS CALENDARIO,** termino este que empezará a contarse desde la firma del acta de inicio, sin perjuicio de las modificaciones o adiciones que de conformidad con la Ley se le puedan realizar al convenio a suscribir
Vr. Total:	El valor del presente convenio es la suma de **NOVENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTE Y TRES MIL TREINTA Y DOS PESOS M/CTE ($94.863,032,oo).** **APORTE DE LAS PARTES:** El municipio del socorro aportara la suma de **OCHENTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO VEINTE PESOS mcte ($86.239.120,oo).** -El convenio aportara la suma de **OCHO MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRÉS MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS ($8.623,912,oo) M/CTE,** representados en gastos administrativos, contables, papelería, instalaciones físicas e infraestructura.

No de Póliza:	**96-44-101191121**	**Fecha de Expedición:**	**08-08-2024**
Compañía aseguradora:	**Seguros del estado S.A**		
Tomador / Afianzado:	CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR SAN PEDRO CLAVER NIT 890.203749-9		
Asegurado / Beneficiario	MUNICIPIO DEL SOCORO Nit N° 890.203.688-8		

Amparo	%	Vigencia		Valor Asegurado
		Desde (02/08/2024)	hasta (01/10/2027)	
Cumplimiento del Contrato	10%	02/08/2024	01/02/2025	$9.486.303.20
Calidad del Servicio	10%	02/08/2024	01/02/2025	$9.486.303.20
Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales-	5%	02/08/2024	01/10/2027	$4.743.151,60

La garantía descrita, fue revisada y confrontada con las estipulaciones contractuales y se ajusta a ellas y a las disposiciones legales.

La entrega de una copia de este documento al titular del permiso por cualquier medio, surte efectos legales de notificación de la aprobación de la presente póliza.

Por tanto, se deja constancia de aprobación de la garantía en la presente acta, el día ocho (08) de agosto del 2024.

Aprobó:

KARINA STEFANNY BLANCO RODRIGUEZ
Secretaria de Salud y Bienestar Social.

	Funcionario/Contratista	Cargo/Contrato	Firma
Proyectó –/jurídico	Wastin Yuselff murillo López	Apoyo profesional –CPS	
Revisó /aprobó /Técnica/	Karina Stefanny Blanco Rodríguez	Secretaría de Salud y Bienestar Social	

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas y/o presupuestales (según corresponda) vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma de Karina Stefanny Blanco Rodríguez Secretaria de Salud y bienestar social