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.	11	
FECHA DEL ACTA	11/10/2024	
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 PAPA 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	$ 145.075.500,00	Aporte Municipio $ 75.863.250,00
		Aporte Convenido $ 69.212.250,00
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, 6236
	FECHA:	30/05/2024, 30/05/2024, 12/06/2024, 30/05/2024, 30/05/2024, 21/08/2024
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, 8095
	FECHA:	19/06/2024, 19/06/2024, 19/06/2024, 19/06/2024, 19/06/2024, 23/08/2024
PLAZO DEL CONVENIO	Fecha de Inicio	02/02/2024
	Fecha de Finalización	30/06/2024
	Nueva Fecha Terminación	13/09/2024
	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 dias	01/07/2024	15/09/2024
	2	20 dias	02/02/2024	13/09/2024

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
	2	23/08/2024	$ 11.239.800,00	$ 227.589.750,00

Otras Modificaciones	No.	Fecha de la Modificación	Observaciones
Cesión/OtroSi/Aclaraciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica

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: 2 de 3

GARANTÍAS PRESENTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO:	ASEGURADORA	AMPARO	No. POLIZA	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO
	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	CUMPLIMIENTO	400-47-994000098260	01/02/2024	01/01/2025	$ 29.015.100,00
			400-47-994000098260	01/02/2024	14/03/2025	$ 41.314.790,00
			400-47-994000098260	01/02/2024	14/03/2025	$ 43.522.650,00
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-47-994000098260	01/02/2024	01/01/2027	$ 29.015.100,00
			400-47-994000098260	01/02/2024	14/09/2027	$ 41.314.790,00
			400-47-994000098260	01/02/2024	14/09/2027	$ 43.522.650,00
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000024655	01/02/2024	01/01/2025	$ 260.000.000,00
			400-74-994000024655	01/02/2024	14/09/2026	$ 260.000.000,00
			400-74-994000024655	25/08/2024	14/09/2026	$ 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	$ 41.314.790,00
			400-47-994000098260	01/02/2024	14/03/2025	$ 43.522.650,00
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	02/02/2024, 02/02/2024					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 02/09/2024
	HASTA: 13/09/2024
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 5.394.240,00
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	17/09/2024	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: 11	**$ 5.394.240,00** ✓
Valor IVA:	**$ 0,00**
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	**$ 0,00**
Valor bruto ejecutado desembolso	**$ 5.394.240,00** ✓

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502400535453	$ 4.300,00
ORDENANZA 012	2502400535453	$ 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.5560 ✓

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 11 ✓ de Octubre 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

VICTORIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR
17-10-24

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400535453

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Contribuyente **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 804008547
Nombre FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

PRO HOSPITAL $4.300

(415)7709998038639(8020)02502400535453(3900)000000004730(96)20241015

0970381446
1904032980

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

Fecha de Expedición 2024/10/09 **Fecha Limite de Pago** 2024/10/15

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

REVISADO POR:
17-10-24

Contribuyente

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400535453

0970381446
1904032980

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400535453

PRO HOSPITAL $4.300

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar $4.730

Fecha de Expedición 2024/10/09 **Fecha Limite de Pago** 2024/10/15

Total $4.300
Ordenanza 012 $430

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400535453

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)02502400535453(3900)000000000004300(96)20241015

Fecha de Expedición 2024/10/09
Fecha Limite de Pago 2024/10/15

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502400535453

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)02502400535453(3900)000000000004300(96)20241015

(415)8902012356006(8020)02502400535453(3900)000000000000430(96)20241015

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $4.300

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

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

Fecha de Expedición 2024/10/09

Total a Pagar $4.730

Total $4.300
Ordenanza 012 $430

Banco