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	25/10/2024		
No. DE CONVENIO Y FECHA	16 - 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 XI		
CONVENIDO	NOMBRE	FUNDACION CRISTO REDENTOR	
	C.C./NIT	804011531	
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	MERY SOCORRO ROMERO DE PEREZ	
	C.C./NIT	63299001	
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	$ 359.319.750,00	Aporte Municipio $ 188.252.250,00	
		Aporte Convenido $ 171.067.500,00	
VALOR ADICIONADO	$ 179.659.875,00	Aporte Municipio $ 94.126.125,00	
		Aporte Convenido $ 85.533.750,00	
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:	4027, 4025, 4028, 4026, 4158, 6236	
	FECHA:	30/05/2024, 30/05/2024, 30/05/2024, 30/05/2024, 12/06/2024, 21/08/2024	
RP	NÚMERO:	933, 934, 935, 936	
	FECHA:	02/02/2024, 02/02/2024, 02/02/2024, 02/02/2024	
RP ADICIONAL	NÚMERO:	5576, 5577, 5578, 5579, 5580, 8103	
	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	05/02/2024	
	Fecha de Finalización	03/07/2024	
	Nueva Fecha Terminación	16/09/2024	
	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	03/07/2024	03/07/2024
	2	20 dias	02/02/2024	30/06/2024

Tipo de Modificación	No.	Fecha de la adición	Valor adicionado	Valor total del contrato
Adiciones	1	14/06/2024	$ 81.013.025,00	$ 269.265.275,00
	2	23/08/2024	$ 13.113.100,00	$ 282.378.375,00

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

GARANTÍAS PRESENTADAS PARA LA EJECUCIÓN	ASEGURADORA	AMPARO	No. Póliza	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO

Powered by CamScanner

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

DEL CONVENIO:	SURAMERICANA	CUMPLIMIENTO	3839991-7	01/02/2024	29/12/2024	$ 35.931.975,00
			3839991-7	01/02/2024	16/03/2025	$ 51.326.792,50
			3839991-7	01/02/2024	16/03/2025	$ 53.897.962,50
		PAGO DE SALARIOS,	3839991-7	01/02/2024	30/06/2027	$ 35.931.975,00
		PRESTACIONES	3839991-7	01/02/2024	17/09/2027	$ 51.326.792,50
		SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	3839991-7	01/02/2024	17/09/2027	$ 53.897.962,50
		RESPONSABILIDAD	0948214-9	01/02/2024	30/06/2024	$ 260.000.000,00
		CIVIL	0948214-9	01/02/2024	17/09/2024	$ 260.000.000,00
		EXTRACONTRACTUAL				
		CALIDAD DE	3839991-7	01/02/2024	29/12/2024	$ 35.931.975,00
		SERVICIO	3839991-7	01/02/2024	16/03/2025	$ 51.326.792,50
			3839991-7	01/02/2024	16/03/2025	$ 53.897.962,50
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	05/02/2024, 05/02/2024					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 05/09/2024 ✓			
	HASTA: 16/09/2024			
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 6.352.500,00 ✓			
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	05/09/2024	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 MERY SOCORRO ROMERO DE PEREZ quien actúa en nombre y representación de FUNDACION CRISTO REDENTOR, 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	$ 6.352.500,00 ✓
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 6.352.500,00 ✓

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

Powered by CamScanner

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502400549112	$ 4.300,00
ORDENANZA 012	2502400549112	$ 430,00

6. ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR DEPARTAMENTAL 288
2.3.2.02.02.009.4104008.93304.288
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No.5579 $6.352.500

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 25 de Octubre de 2024.

Supervisor

GLADYS MERCHAN GARCIA
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Convenido

MERY SOCORRO ROMERO DE PEREZ
~~FUNDACION CRISTO REDENTOR~~
Convenido

Elaboró: BLANCA N GONGORA CARTAGENA-CPS/SDS
Revisó: GLADYS MERCHAN GARCIA-SUPERVISORA/SDS JUAN C DAVILA-FINANCIERO-CSP/SDS

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACION Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
FECHA 28-10-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Powered by CamScanner

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400549112

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Contribuyente Tipo de Doc. N.I. Número 804011531
Nombre FUNDACION CRISTO REDENTORFUNDACION CRISTO REDENTOR
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER

Contribuyente

PRO HOSPITAL $4.300

(415)7709998038639(8020)02502400549112(3900)00000000004730(96)20241022

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

Fecha de Expedición 16/10/2024 4:25:44 p. m. **Fecha Límite de Pago** 2024/10/22

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502400549112

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Tipo de Doc. N.I. Número 804011531
Nombre FUNDACION CRISTO REDENTORFUNDACION CRIS
Dirección Teléfono

PRO HOSPITAL $4.300

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502400549112

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

PRO HOSPITAL $4.300

Total a Pagar $4.730

Fecha de Expedición 16/10/2024 4:25:44 p. m. **Fecha Límite de Pago** 2024/10/22

Total Estampillas $4.300
Ordenanza 012 $430

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502400549112

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Contribuyente Tipo de Doc. N.I. Número 804011531
Nombre FUNDACION CRISTO REDENTORFUNDACION CRISTO REDENTOR
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER

PRO HOSPITAL $4.300

(415)8902012356005(8020)02502400549112(3900)00000000004300(96)20241022

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

Fecha de Expedición 16/10/2024 4:25:44 p. m.
Fecha Límite de Pago 2024/10/22

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502400549112

Con ribuyen e Tipo de Doc. N.I. Número 804011531
Nombre FUNDACION CRISTO REDENTORFUNDACION CRISTO REDENTOR
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400549112(3900)00000000004300(96)20241022

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)02502400549112(3900)00000000000430(96)20241022

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

PRO HOSPITAL $4.300

Powered by CamScanner