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.	1	
FECHA DEL ACTA	21/11/2024	
No. DE CONVENIO Y FECHA	149 - 10/10/2024	
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 A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD CENTRO VIDA Y CENTRO DE BIENESTAR EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA". LOTE 1	
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	$ 223.140.825,00	Aporte Municipio $ 118.262.025,00
		Aporte Convenido $ 104.878.800,00
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	Aporte Municipio $ 0,00
		Aporte Convenido $ 0,00
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	7291, 7292, 7293, 7294
	FECHA:	25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	10154, 10155, 10156, 10157
	FECHA:	11/10/2024, 11/10/2024, 11/10/2024, 11/10/2024
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONVENIO	Fecha de Inicio	12/10/2024
	Fecha de Finalización	31/12/2024
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	(2) DOS MESES Y (21) VEINTIUNO DIAS

MODIFICACIONES DEL CONVENIO

Tipo de Modificación	**No.**	**Tiempo**	**Fecha Inicial**	**Fecha Final**
Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Prórrogas	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

Tipo de Modificación	**No.**	**Fecha de la adición**	**Valor adicionado**	**Valor total del contrato**
Adiciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

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

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

DEL CONVENIO:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	CUMPLIMIENTO	400-47-994000102993	10/10/2024	01/07/2025	$ 22.314.082,50
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-47-994000102993	10/10/2024	31/12/2027	$ 22.314.082,50
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74.994000026149	10/10/2024	31/12/2024	$ 260.000.000,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000102993	10/10/2024	01/07/2025	$ 22.314.082,50

FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	11/10/2024, 15/10/2024

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 12/10/2024
	HASTA: 11/11/2024
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 45.260.775,00
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	12/11/2024	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: 1	$ 45.260.775,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 45.260.775,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502400628437	$ 4.300,00
ORDENANZA 012	2502400628437	$ 430,00

6. ESTAMPILLA PARA EL BINESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNCIPAL 520
2.3.2.02.02.009.4104008.93304.262.520
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No.10155
$39.013.650
ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 558
2.3.2.02.02.009.4104008.93304.262.558
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No.10156
$6.247.125

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 21 de Noviembre 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 JUAN C DAVILA-FINANCIERO-CPS/SDS

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA: 22-11-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400628437

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 14/11/2024 9:12:44 a. m. **Fecha Limite de Pago** 2024/11/20

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)02502400628437(3900)00000000004730(96)20241120

0000000000

2705731749

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA 22-11-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400628437

0000000000

2705731749

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. N.I. Número: 890201229
Nombre: ASILO DE ANCIANOS SAN ANTONIO SAN ANTONIO
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
2502400628437

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 14/11/2024 9:12:44 a. m. **Fecha Limite de Pago** 2024/11/20

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400628437

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$4.300
Total Estampillas	**$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)0250?400628437(3900)00000000004300(96)20241120

Fecha de Expedición 14/11/2024 9:12:44 a. m.

Fecha Limite de Pago 2024/11/20

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400628437

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)02502400628437(3900)00000000004300(96)20241120

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)02502400628437(3900)00000000000430(96)20241120

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

PRO HOSPITAL $4.300

Pagado Electronicamente