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	153 - 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 5"				
CONVENIDO	NOMBRE	FUNDACION HOGAR GERIATRICO LUZ DE ESPERANZA			
	C.C./NIT	804016326			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	ANGEL MARIA QUIÑONES RIOS			
	C.C./NIT	91180437			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	IVAN DARIO TORRES ALFONSO			
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social			
	C.C.	13740179			
SUPERVISOR	NOMBRE:	VIVIANA ANDREA RAMIREZ CASTELLANOS			
	C.C./NIT:	1098661657			
VALOR DEL CONVENIO	$ 626.593.380,00	Aporte Municipio $ 339.285.410,00			
		Aporte Convenido $ 287.307.970,00			
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	Aporte Municipio $ 0,00			
		Aporte Convenido $ 0,00			
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	7288, 7289, 7291, 7292, 7293, 7290, 7294			
	FECHA:	25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	10179, 10180, 10181, 10182, 10183, 10184, 10185			
	FECHA:	11/10/2024, 11/10/2024, 11/10/2024, 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**	
	Cesion/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	400-47-994000102597	10/10/2024	01/07/2025	$ 62.659.338,00
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-47-994000102597	10/10/2024	31/12/2027	$ 62.659.338,00
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000026152	10/10/2024	31/12/2024	$ 260.000.000,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000102597	10/10/2024	01/07/2025	$ 62.659.338,00
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	11/10/2024, 11/10/2024					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 12/10/2024
	HASTA: 11/11/2024
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 121.826.138,00
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 VIVIANA ANDREA RAMIREZ CASTELLANOS quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra ANGEL MARIA QUIÑONES RIOS quien actúa en nombre y representación de FUNDACION HOGAR GERIATRICO LUZ DE ESPERANZA, 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	$ 121.826.138,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 121.826.138,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502400632108	$ 4.300,00
ORDENANZA 012	2502400632108	$ 430,00

6. ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 520
2.3.2.02.02.009.4104008.93491.262.520
CENTRO VIDA
RP No.10180 $51.121.994
ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 220
2.3.2.02.02.009.4104008.93304.262.220
CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No.10181
$3.080.484
ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 520
2.3.2.02.02.009.4104008.93304.262.520
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No.10182
$67.623.660

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 21 de Noviembre de 2024.

Supervisor

VIVIANA ANDREA RAMIREZ CASTELLANOS
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Convenido

FUNDELUZ
FUNDACION HOGAR GERIATRICO
LUZ DE ESPERANZA
ANGEL MARIA QUIÑONES RIOS
FUNDACION HOGAR GERIATRICO LUZ DE ESPERANZA
Convenido
Angel M. Quiñonez R.
Presidente

Elaboró: BLANCA N GONGORA CARTAGENA-CPS/SDS REVISÓ: JUAN C DAVILA-FINANCIERO-CPS/SDS
Revisó: VIVIANA ANDREA RAMIREZ CASTELLANOS-SUPERVISORA/SDS

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA: 21-11-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400632108

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Contribuyente Tipo de Doc. N.I. Número 804016326
Nombre FUNDACIÓN HOGAR GERIÁTRICO LUZ DE ESPERANZA
Dirección Teléfono
Municipio BUCARAMANGA Departamento SANTANDER

PRO HOSPITAL $4.300

(415)7709998038639(8020)02502400632108(3900)000000000004730(96)20241120

1050142367
0909304463

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

Fecha de Expedición 2024/11/14 **Fecha Limite de Pago** 2024/11/20

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA: 21-11-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Contribuyente

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda **Recaudo de Estampillas** Recibo Nº 2502400632108

1050142367
0909304463

PRO HOSPITAL $4.300

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Tipo de Doc. N.I. Número 804016326
Nombre FUNDACIÓN HOGAR GERIÁTRICO LUZ DE ESPERAN
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 2502400632108

PRO HOSPITAL $4.300

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 2024/11/14 **Fecha Limite de Pago** 2024/11/20

Total $4.300
Ordenanza 012 $430

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda **Recaudo de Estampillas** Recibo Nº 2502400632108

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Contribuyente Tipo de Doc. N.I. Número 804016326
Nombre FUNDACIÓN HOGAR GERIÁTRICO LUZ DE ESPERANZA
Dirección Teléfono
Municipio BUCARAMANGA Departamento SANTANDER

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

PRO HOSPITAL $4.300

(415)8902012356005(8020)02502400632108(3900)000000000004300(96)20241120

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

Fecha de Expedición 2024/11/14
Fecha Limite de Pago 2024/11/20

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda **Recaudo de Estampillas** Recibo Nº 2502400632108

Con ribuyente Tipo de Doc. N.I. Número 804016326
Nombre FUNDACIÓN HOGAR GERIÁTRICO LUZ DE ESPERANZA
Dirección Teléfono
Municipio BUCARAMANGA Departamento SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400632108(3900)000000000004300(96)20241120

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)02502400632108(3900)000000000000430(96)20241120

PRO HOSPITAL $4.300

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Fecha de Expedición 2024/11/14

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012643-8

Banco