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.	4	
FECHA DEL ACTA	12/02/2025	
No. DE CONVENIO Y FECHA	152 - 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 4",	
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:	VIVIANA ANDREA RAMIREZ CASTELLANOS
	C.C./NIT:	1098661657
VALOR DEL CONVENIO	$ 154.660.680,00	Aporte Municipio $ 83.931.510,00
		Aporte Convenido $ 70.729.170,00
VALOR ADICIONADO	$ 76.184.790,00	Aporte Municipio $ 41.340.780,00
		Aporte Convenido $ 34.844.010,00
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	525, 526, 527, 528, 529, 7288, 7289, 7291, 7292, 7293, 7290, 7294
	FECHA:	21/01/2025, 21/01/2025, 21/01/2025, 21/01/2025, 21/01/2025, 25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	1243, 1244
	FECHA:	29/01/2025, 29/01/2025
RP	NÚMERO:	284, 285, 286, 287, 288, 10172, 10173, 10174, 10175, 10176, 10177, 10178
	FECHA:	21/01/2025, 21/01/2025, 21/01/2025, 21/01/2025, 21/01/2025, 11/10/2024, 11/10/2024, 11/10/2024, 11/10/2024, 11/10/2024, 11/10/2024, 11/10/2024
RP ADICIONAL	NÚMERO:	1477, 1478
	FECHA:	05/02/2025, 05/02/2025
PLAZO DEL CONVENIO	Fecha de Inicio	12/10/2024
	Fecha de Finalización	31/12/2024
	Nueva Fecha Terminación	10/02/2025
	Duración	(4) CUATRO MESES Y (1) UNO DIAS

MODIFICACIONES DEL CONVENIO

Tipo de Modificación	No.	Tiempo	Fecha Inicial	Fecha Final
Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Prórrogas	1	40 dias	01/01/2025	10/02/2025

Tipo de Modificación	No.	Fecha de la adición	Valor adicionado	Valor total del contrato
Adiciones	1	23/12/2024	$ 41.340.780,00	$ 125.272.290,00

Otras Modificaciones	No.	Fecha de la modificación	Observaciones

	Cesión/OtroSi/Acla	No	No Aplica	No Aplica		
GARANTÍAS PRESENTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO:	**ASEGURADORA**	**AMPARO**	**No. Póliza**	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
				Desde	**Hasta**	
	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	CUMPLIMIENTO	400-47-994000103004	10/10/2024	10/08/2025	$ 23.084.547,00
			400-47-994000103004	10/10/2024	01/07/2025	$ 15.466.068,00
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-47-994000103004	10/10/2024	10/02/2028	$ 23.084.547,00
			400-47-994000103004	10/10/2024	31/12/2025	$ 15.466.068,00
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000026156	10/10/2024	31/12/2024	$ 260.000.000,00
			400-74-994000026156	31/12/2024	10/02/2025	$ 260.000.000,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000103004	10/10/2024	10/08/2025	$ 23.084.547,00
			400-47-994000103004	10/10/2024	01/07/2025	$ 15.466.068,00
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	11/10/2024, 11/10/2024					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 12/12/2024 ✓			
	HASTA: 31/12/2024 ✓			
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 17.888.790,00 ✓			
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	05/02/2025	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 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: 4	$ 17.888.790,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 17.888.790,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500091455	$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500091455	$ 480,00

6. ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 220
2.3.2.02.02.009.4104008.93491.262.220
CENTRO VIDA
RP No.284 $2.021.250
ESTAMPILLA PARA
EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 520
2.3.2.02.02.009.4104008.93491.262.520
CENTRO
VIDA
RP No.285 $6.635.970
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.287
$9.231.570

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACION Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
FECHA 14-02-25
BUCARAMANGA

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 12 de Febrero de 2025.

Supervisor

VIVIANA ANDREA RAMIREZ CASTELLANOS
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: VIVIANA ANDREA RAMIREZ CASTELLANOS-SUPERVISORA/SDS
REVISÓ: JUAN C DAVILA-FINANCIERO-CPS/SDS

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500091455

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $4.800

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

(415)7709998038639(8020)025025000914 55(3900)000000000 5280(96)20250214

1293758600
1314251954

Total	**$4.800**
Ordenanza 012	$480
Total a Pagar	**$5.280**

Fecha de Expedición 2025/02/08 **Fecha Limite de Pago** 2025/02/14

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

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
14-02-25

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502500091455**

1293758600
1314251954

PRO HOSPITAL $4.800

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. N.I. Número 804008547
Nombre: FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CA
Dirección: Teléfono:

Total	**$4.800**
Ordenanza 012	$480
Total a Pagar	**$5.280**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502500091455**

PRO HOSPITAL $4.800

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar	**$5.280**

Fecha de Expedición 2025/02/08 **Fecha Limite de Pago** 2025/02/14

Total	**$4.800**
Ordenanza 012	$480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502500091455**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL $4.800

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)025025000914 55(3900)000000000 4800(96)20250214

Total	**$4.800**
Ordenanza 012	$480
Total a Pagar	**$5.280**

Fecha de Expedición 2025/02/08
Fecha Limite de Pago 2025/02/14

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502500091455**

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)025025000914 55(3900)000000000 4800(96)20250214

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)025025000914 55(3900)000000000 0480(96)20250214

PRO HOSPITAL $4.800

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

BP G. 11046001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Fecha de Expedición 2025/02/08

Total a Pagar	**$5.280**
Total	**$4.800**
Ordenanza 012	$480