| DATOS DEL CONVENIO | | |
|---|---|---|
| **DEPENDENCIA** | SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | |
| **ACTA No.** | 5 | |
| **FECHA DEL ACTA** | 20/02/2025 | |
| **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** | $ 110.193.000,00 | Aporte Municipio $ 58.401.000,00 |
| | | Aporte Convenido $ 51.792.000,00 |
| **ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %** | $ 0,00 | |
| **CDP** | NÚMERO: | 512, 513, 514, 7291, 7292, 7293, 7294 |
| | FECHA: | 21/01/2025, 21/01/2025, 21/01/2025, 25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024, 25/09/2024 |
| **CDP ADICIONAL** | NÚMERO: | 1246 |
| | FECHA: | 29/01/2025 |
| **RP** | NÚMERO: | 271, 272, 273, 10154, 10155, 10156, 10157 |
| | FECHA: | 21/01/2025, 21/01/2025, 21/01/2025, 11/10/2024, 11/10/2024, 11/10/2024, 11/10/2024 |
| **RP ADICIONAL** | NÚMERO: | 1480 |
| | FECHA: | 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 días | 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 | $ 58.401.000,00 | $ 176.663.025,00 |

| Otras Modificaciones | No. | Fecha de la modificación | Observaciones |
|---|---|---|---|
| Cesión/OtroSi/Acla | No | No Aplica | No Aplica |

| | raciones | Aplica | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **GARANTÍAS PRESENTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO:** | **ASEGURADORA** | **AMPARO** | **No. Póliza** | **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO** |
| | | | | **Desde** | **Hasta** | |
| | ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA | CUMPLIMIENTO | 400-47-994000102993 | 10/10/2024 | 10/08/2025 | $ 33.333.382,50 |
| | | | 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 | 10/02/2028 | $ 33.333.382,50 |
| | | | 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 |
| | | | 400-74.994000026149 | 31/12/2024 | 10/02/2025 | $ 260.000.000,00 |
| | | CALIDAD DE SERVICIO | 400-47-994000102993 | 10/10/2024 | 10/08/2025 | $ 33.333.382,50 |
| | | | 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: 01/01/2025 | | | |
| | HASTA: 31/01/2025 | | | |
| **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 | 10/02/2025 | 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 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:** 5 | $ 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 | 2502500109875 | $ 4.800,00 |
| ORDENANZA 012 | 2502500109875 | $ 480,00 |

6. ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 220
2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93304.262.220
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO
RP
No.1480 $45.260.775

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 20 de Febrero de 2025.

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
FECHA 20-02-25
ALCALDÍA DE BUCARAMANGA

# Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
**2502500109875**

Contribuyente

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $4.800

**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)02502500109875(3900)00000000005280(96)20250224

*0000000000*
*2705731749*

| | |
|---|---|
| **Total Estampillas** | **$4.800** |
| Ordenanza 012 | $480 |
| **Total a Pagar** | **$5.280** |

**Fecha de Expedición** 17/02/2025 11:25:08 a. m. **Fecha Limite de Pago** 2025/02/24

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

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
FECHA 20-02-25

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
**2502500109875**

*0000000000*
*2705731749*

PRO HOSPITAL $4.800

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

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

| | |
|---|---|
| **Total Estampillas** | **$4.800** |
| Ordenanza 012 | $480 |
| **Total a Pagar** | **$5.280** |

CYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
**2502500109875**

PRO HOSPITAL $4.800

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

| | |
|---|---|
| **Total a Pagar** | **$5.280** |

**Total Estampillas** **$4.800**
Ordenanza 012 $480

**Fecha de Expedición** 17/02/2025 11:25:08 a. n **Fecha Limite de Pago** 2025/02/24

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
**2502500109875**

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

**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

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

PRO HOSPITAL $4.800

(415)8902012356005(8020)02502500109875(3900)00000000004800(96)20250224

| | |
|---|---|
| **Total Estampillas** | **$4.800** |
| Ordenanza 012 | $480 |
| **Total a Pagar** | **$5.280** |

**Fecha de Expedición** 17/02/2025 11:25:08 a. m.
**Fecha Limite de Pago** 2025/02/24

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
**2502500109875**

**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)02502500109875(3900)00000000004800(96)20250224

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)02502500109875(3900)00000000000480(96)20250224

PRO HOSPITAL $4.800