| DATOS DEL CONVENIO | | |
|---|---|---|
| DEPENDENCIA | SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | |
| ACTA No. | 3 | |
| FECHA DEL ACTA | 09/05/2025 | |
| No. DE CONVENIO Y FECHA | 21 - 20/02/2025 | |
| 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 11 | |
| CONVENIDO | NOMBRE | FUNDACION CENTRO DIA TERESA DE JESUS |
| | C.C./NIT | 900632931 |
| REPRESENTANTE LEGAL | NOMBRE | CLAUDIA BUENO RIVERA |
| | C.C./NIT | 63362476 |
| 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 | $ 806.125.125,00 | Aporte Municipio $ 451.430.070,00 |
| | | Aporte Convenido $ 354.695.055,00 |
| VALOR ADICIONADO | $ 0,00 | Aporte Municipio $ 0,00 |
| | | Aporte Convenido $ 0,00 |
| ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 % | $ 0,00 | |
| CDP | NÚMERO: | 1289, 1288 |
| | FECHA: | 29/01/2025, 29/01/2025 |
| CDP ADICIONAL | NÚMERO: | No Aplica |
| | FECHA: | No Aplica |
| RP | NÚMERO: | 2700, 2707 |
| | FECHA: | 21/02/2025, 21/02/2025 |
| RP ADICIONAL | NÚMERO: | No Aplica |
| | FECHA: | No Aplica |
| PLAZO DEL CONVENIO | Fecha de Inicio | 21/02/2025 |
| | Fecha de Finalización | 31/12/2025 |
| | Nueva Fecha Terminación | No Aplica |
| | Duración | (7) SIETE MESES Y (3) TRES 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/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 | 465-47-99000012407 | 20/02/2025 | 06/07/2026 | $ 80.612.512,50 |
| | PAGO DE SALARIOS, | 465-47-99000012407 | 20/02/2025 | 06/07/2029 | $ 80.612.512,50 |

Powered by CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO | | | | |
| | | RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL | 465-74-994000003697 | 20/02/2025 | 06/01/2026 | $ 284.700.000,00 |
| | | CALIDAD DE SERVICIO | 465-47-99000012407 | 20/02/2025 | 06/02/2026 | $ 80.612.512,50 |

| | |
|---|---|
| **FECHA DE APROBACION DE POLIZAS** | 21/02/2025, 21/02/2025 |

**DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO**

| | |
|---|---|
| **PERIODO DE EJECUCIÓN** | DESDE: 01/04/2025 |
| | HASTA: 30/04/2025 |
| **VALOR DE DESEMBOLSO** | $ 40.093.872,00 |
| **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 | 27/04/2025 | 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 CLAUDIA BUENO RIVERA quien actúa en nombre y representación de FUNDACION CENTRO DIA TERESA DE JESUS, 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: 3** | $ 40.093.872,00 |
| **Valor IVA:** | $ 0,00 |
| **Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado** | $ 0,00 |
| **Valor bruto ejecutado desembolso** | $ 40.093.872,00 |

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

| ESTAMPILLA | No. | VALOR |
|---|---|---|
| PRO-HOSPITAL | 2502500274170 | $ 4.800,00 |
| ORDENANZA 012 | 2502500274170 | $ 480,00 |

Powered by CamScanner

6. ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL 220 ✓
2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93491.262.220 ✓
CENTRO VIDA ✓
RP No.2707 ✓

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 9 de Mayo de 2025.

Supervisor

**MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA**
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Convenido

**CLAUDIA BUENO RIVERA**
FUNDACION CENTRO DIA TERESA DE JESUS
Convenido

**Elaboró:** BLANCA N GONGORA CARTAGENA-CPS/SDS
**Revisó:** MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA-SUPERVISORA/SDS JUAN C DAVILA-FINANCIERO-CPS/SDS

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
APROBADO POR
ALCALDIA DE BUCARAMANGA
12-05-25

Powered by CamScanner

# Recaudo de Estampillas

**Gobernación de Santander**
**Secretaría de Hacienda**

**Recibo Nº**
**2502500274170**

Contribuyente

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $4.800

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

**Fecha de Expedición** 2/05/2025 8:56:15 a. m. **Fecha Limite de Pago** 2025/05/07

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

**Contribuyente** Tipo de Doc. N.I. Número 900632931
Nombre FUNDACION CENTRO DIA TERESA DE JESUS
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502500274170(3900)00000000005280(96)20250507

"0000000000"
"2705731749"

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
RADICACION
12-05-25
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500274170

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. N.I.
Nombre: FUNDACION CENTRO DIA TERESA DE JESUS
Dirección:
Número: 900632931
Teléfono:

"0000000000"
"2705731749"

PRO HOSPITAL $4.800

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500274170

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

**Total a Pagar** $5.280

**Fecha de Expedición** 2/05/2025 8:56:15 a. m. **Fecha Limite de Pago** 2025/05/07

PRO HOSPITAL $4.800

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500274170

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL $4.800

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

**Contribuyente** Tipo de Doc. N.I. Número 900632931
Nombre FUNDACION CENTRO DIA TERESA DE JESUS
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502500274170(3900)00000000004800(96)20250507

**Fecha de Expedición** 2/05/2025 8:56:15 a. m.
**Fecha Limite de Pago** 2025/05/07

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500274170

**Con ribuyen e** Tipo de Doc. N.I. Número 900632931
Nombre FUNDACION CENTRO DIA TERESA DE JESUS
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502500274170(3900)00000000004800(96)20250507

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)02502500274170(3900)00000000000480(96)20250507

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

PRO HOSPITAL $4.800

**Fecha de Expedición** 2/05/2025 8:56:15 a. m.

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

**Total a Pagar** $5.280

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

Powered by CamScanner