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.	8	
FECHA DEL ACTA	16/09/2025	
No. DE CONVENIO Y FECHA	19 - 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 9.	
CONVENIDO	NOMBRE	FUNDACION CRISTO REDENTOR
	C.C./NIT	804011531
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	MERY SOCORRO ROMERO DE PEREZ
	C.C./NIT	63299001
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	IVAN DARIO TORRES ALFONSO
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social
	C.C.	13740179
SUPERVISOR	NOMBRE:	ORLANDO GALVIS APARICIO
	C.C./NIT:	91073468
VALOR DEL CONVENIO	$ 622.816.500,00	Aporte Municipio $ 341.473.335,00
		Aporte Convenido $ 281.343.165,00
VALOR ADICIONADO	$ 138.925.500,00	Aporte Municipio $ 73.630.515,00
		Aporte Convenido $ 65.294.985,00
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	1288, 1289, 1285, 1286, 1287
	FECHA:	29/01/2025, 29/01/2025, 29/01/2025, 29/01/2025, 29/01/2025
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	5200
	FECHA:	21/07/2025
RP	NÚMERO:	2690, 2691, 2692, 2693, 2694
	FECHA:	21/02/2025, 21/02/2025, 21/02/2025, 21/02/2025, 21/02/2025
RP ADICIONAL	NÚMERO:	8456
	FECHA:	13/08/2025
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	1	28/07/2025	$ 73.630.515,00	$ 415.103.850,00

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	400-47-994000106048	20/02/2025	01/07/2026	$ 76.174.200,00
		400-47-994000106048	20/02/2025	01/07/2026	$ 62.281.650,00

Alcaldía de Bucaramanga	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GJ-1140-238,37-092
		Versión: 3.0
		Fecha: JULIO-12-2021
		Página: 2 de 3

		PAGO DE SALARIOS,	400-47-994000106046	20/02/2025	31/12/2028	$ 76.174.200,00
		PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-47-994000106046	20/02/2025	31/12/2028	$ 62.281.650,00
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000026880	20/02/2025	31/12/2025	$ 284.700.000,00
			400-74-994000026880	13/08/2025	31/12/2025	$ 284.700.000,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000106046	20/02/2025	01/07/2026	$ 76.174.200,00
			400-47-994000106046	20/02/2025	01/07/2026	$ 62.281.650,00
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	21/02/2025, 21/02/2025					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 01/08/2025 ✓			
	HASTA: 31/08/2025 ✓			
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 38.463.571,00 ✓			
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	01/09/2025	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 ORLANDO GALVIS APARICIO quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra MERY SOCORRO ROMERO DE PEREZ quien actúa en nombre y representación de FUNDACION CRISTO REDENTOR, 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: 8	$ 38.463.571,00 ✓
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 38.463.571,00 ✓

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500572355	$ 4.800,00

Alcaldía de Bucaramanga	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GJ-1140-238,37-092 Versión: 3.0 Fecha: JULIO-12-2021 Página: 3 de 3

ORDENANZA 012	2502500572355	$ 480,00

6. ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL.220
RUBRO:2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93491.262 .220
CENTRO VIDA
RP
No.2690 $16.780.582
ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL .520
RUBRO:
2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93304.262 .520
BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No. 8456
$21.682.989

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 16 de Septiembre de 2025.

Supervisor

ORLANDO GALVIS APARICIO
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Convenido

MERY SOCORRO ROMERO DE PEREZ
FUNDACION CRISTO MORENITOR
Convenido

Elaboró: BLANCA N GONGORA CARTAGENA-CPS/SDS
Revisó: ORLANDO GALVIS APARICIO-SUPERVISOR/SDS

JUAN C DAVILA-FINANCIERO-CPS/SDS

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
12-09-25

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500572355

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 804011531
Nombre FUNDACION CRISTO REDENTOR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500572355(3900)00000000005280(96)20250911

Fecha de Expedición 2025/09/05 **Fecha Limite de Pago** 2025/09/11

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500572355

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. NIT
Nombre: FUNDACION CRISTO REDENTOR
Dirección:
Número: 804011531
Teléfono:

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
2502500572355

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/09/05 **Fecha Limite de Pago** 2025/09/11

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500572355

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 804011531
Nombre FUNDACION CRISTO REDENTOR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500572355(3900)00000000004800(96)20250911

Fecha de Expedición 2025/09/05
Fecha Limite de Pago 2025/09/11

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500572355

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 804011531
Nombre FUNDACION CRISTO REDENTOR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2025/09/05

Total a Pagar **$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500572355(3900)00000000004800(96)20250911

(415)8902012356006(8020)02502500572355(3900)00000000000480(96)20250911

PRO HOSPITAL $ 4.800

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