GOBERNACIÓN DE BOLIVAR	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	SECRETARIA DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL	Fecha:	11/10/2025

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$6,900,300,000.00			Valor a Pagar:	$153,200,000.00		
Número:	059.	Fec. Suscripción:	Jun 24 2025	N° RP:	5159, 5160	Fecha:	Jun 27 2025
N° CDP:	170, 551	Fecha:	Feb 10 2025, May 8 2025				
Rubro Presupuestal:	Servicios Para La Comunidad, Sociales Y Personales - Apoyo a las personas mayores con recursos de es, Servicios para la comunidad, sociales y personales - Centros de proteccion social para el adulto may						

OBJETO DEL CONTRATO:

El convenio de asociación se encuentra destinado a la unión de esfuerzos y recursos para apoyar a las personas mayores del Departamento De Bolívar, mediante la implementación de acciones orientadas al bienestar integral en los centros de vida con recursos provenientes de la estampilla para el bienestar del adulto mayor, cuyas actividades se encuentran descritas de manera detallada en los estudios previos y la propuesta presentada por LA ESAL.

FORMA DE PAGO:

transferirá al cooperante los recursos asociados al convenio, de la siguiente forma: a. Un desembolso inicial una vez cumplidos los requisitos de ejecución del convenio correspondiente al cuarenta por ciento (40%) previa presentación de cronograma o plan de actividades a ejecutar o plan de trabajo, y la presentación del Listado de personal que ejecutara´ las actividades. b. El valor restante se desembolsara´ proporcionalmente mes vencido, durante el termino de ejecución del presente convenio, estos desembolsos mensuales se realizarán previa presentación de actas parciales de conformidad con lo efectivamente recibido por el supervisor del convenio.
Para efectos de los desembolsos de que trata esta cláusula, la ESAL debera´´ aportar lo siguiente:
1) Informe de ejecución de actividades de orden cualitativo y financiero en compañía de sus respectivos soportes y documentos que respalden lo reportado durante el periodo respectivo, 2) Certificado de recibo a satisfacción por parte del supervisor designado por parte del Departamento de BOLIVAR;
3) Cuenta de cobro y/o factura; 4) Constancia de pago de los aportes al sistema de seguridad social integral y las demás que administrativa y financieramente sean pertinentes
Todos los pagos deben ir acompañados del acta de recibo a satisfacción suscrita por el Supervisor del Convenio, los respectivos informes de actividades, acompañados según corresponda, así´ como el certificado de paz y salvo por concepto del pago de los aportes al sistema de seguridad social integral y cuenta de cobro o factura.
Los recursos aportados por el Departamento deberán ser destinados estrictamente a cubrir los costos y gastos generados por las actividades de interés público pactadas en el objeto y obligaciones del presente Convenio y realizadas dentro del término duración del mismo.
EL DEPARTAMENTO reconocera´´ únicamente aquellos gastos que estén contemplados en la propuesta presentada. En caso de presentarse una variación en la ejecución de las actividades programadas, los gastos deberán ser autorizados previamente el Supervisor del Convenio, en ambos casos por escrito y con sus respectivos soportes y justificación y en todo caso el SUPERVISOR del presente convenio sera´´ el responsable por las modificaciones que se llegaren a presentar.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**CONSORCIO BOLIVAR SOCIAL**										
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula		Nit.	X		Número	901958602-4		DV	
Dirección:	CL 77 B # 57 - 103 P 10 OFC 106										
Número de Teléfono:	3006986525			FAX:				CEL.	0		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**09800008999**		Banco:	**BANCOLOMBIA**		
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:			Persona Jurídica:	**X**		Regimen: **RESPONSABLE DE IVA**			
		Gran Contribuyente:			Autoretenedor:						
		He verificado de esta información frente al RUT:			SI:	X		NO:			

OBSERVACIONES: **Pago mes de septiembre**

NOTA:

27494E03-ADF0-4AC9-B7E1-0DEF3C9DE558

NOMBRE CONTRATISTA: CONSORCIO BOLIVAR SOCIAL

C.C.: 901958602-4

8656E6DB-D8D5-4292-B651-7BEA12916E03

NOMBRE SUPERVISOR: SOFIA NAVAS NUÑEZ

CARGO: Secretaria de la Mujer y Desarrollo Social