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.	11	
FECHA DEL ACTA	15/12/2025	
No. DE CONVENIO Y FECHA	11 - 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	
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	SILVIA JULIANA SANMIGUEL GUALDRON
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social
	C.C.	1098684227
SUPERVISOR	NOMBRE:	MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA
	C.C./NIT:	63349844
VALOR DEL CONVENIO	$ 521.707.500,00	Aporte Municipio $ 276.504.975,00
		Aporte Convenido $ 245.202.525,00
VALOR ADICIONADO	$ 259.380.000,00	Aporte Municipio $ 137.471.400,00
		Aporte Convenido $ 121.908.600,00
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	1285, 1286, 1287
	FECHA:	29/01/2025, 29/01/2025, 29/01/2025
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	5207
	FECHA:	21/07/2025
RP	NÚMERO:	2709, 2710, 2711
	FECHA:	21/02/2025, 21/02/2025, 21/02/2025
RP ADICIONAL	NÚMERO:	8279
	FECHA:	12/08/2025
PLAZO DEL CONVENIO	Fecha de Inicio	21/02/2025
	Fecha de Finalización	16/08/2025
	Nueva Fecha Terminación	11/11/2025
	Duración	(8) OCHO MESES Y (25) VEINTICINCO 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	11/08/2025	$ 137.471.400,00	$ 413.976.375,00

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	CUMPLIMIENTO	400-47-994000106044	20/02/2025	11/05/2026	$ 78.108.750,00
		400-47-994000106044	20/02/2025	16/02/2026	$ 52.170.750,00

	COLOMBIA					
		PAGO DE SALARIOS,	400-47-994000106044	20/02/2025	11/11/2028	$ 78.108.750,00
		PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-47-994000106044	20/02/2025	16/08/2028	$ 52.170.750,00
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000026879	20/02/2025	16/08/2025	$ 284.700.000,00
			400-74-994000026879	16/08/2025	11/11/2025	$ 284.700.000,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000106044	20/02/2025	11/05/2026	$ 78.108.750,00
			400-47-994000106044	20/02/2025	16/02/2026	$ 52.170.750,00
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	21/02/2025, 21/02/2025					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 01/11/2025 ✓			
	HASTA: 11/11/2025 ✓			
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 15.809.211,00 ✓			
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	05/12/2025	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: 11	$ 15.809.211,00 ✓
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 15.809.211,00 ✓

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR

PRO-HOSPITAL	2502500749055	$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500749055	$ 480,00

6. ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MUNICIPAL
RENDIMIENTOS FINANCIEROS
VIGENCIA ANTERIOR.558
RUBRO:2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93304.262.558
CENTRO
BIENESTAR DEL ANCIANO
RP No. 8279 $15.133.800.
ESTAMPILLA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO
MAYOR MUNICIPAL
VIGENCIA ANTERIOR
.520
RUBRO:2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93304.262.520
CENTRO BIENESTAR DEL
ANCIANO
RP No.8279 $675.411.

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 15 de Diciembre 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

SECRETARÍA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA: 12-12-25
ALCALDÍA DE BUCARAMANGA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500749055

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Contribuyente Tipo de Doc. NIT Número 890201229
Nombre ASILO SAN ANTONIO
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

PRO HOSPITAL $ 4.800

(415)7709998038639(8020)0250250074905 5(3900)000000000 5280(96)20251120

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

Fecha de Expedición 2025/11/14 Fecha Limite de Pago 2025/11/20

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

SECRETARÍA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS
FECHA 12-12-25
ALCALDÍA DE BUCARAMANGA

Contribuyente

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500749055

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Tipo de Doc. NIT
Nombre: ASILO SAN ANTONIO
Dirección:
Número: 890201229
Teléfono:

PRO HOSPITAL $ 4.800

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500749055

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

n destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Total a Pagar $ 5.280

Fecha de Expedición 2025/11/14 Fecha Limite de Pago 2025/11/20

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas $ 4.800
Ordenanza 012 $ 480

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500749055

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Contribuyente Tipo de Doc.NIT Número 890201229
Nombre ASILO SAN ANTONIO
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

PRO HOSPITAL $ 4.800

(415)8902012356005(8020)0250250074905 5(3900)000000000 4800(96)20251120

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

Fecha de Expedición 2025/11/14
Fecha Limite de Pago 2025/11/20

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500749055

Contribuyente Tipo de Doc. NIT Número 890201229
Nombre ASILO SAN ANTONIO
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356005(8020)0250250074905 5(3900)000000000 4800(96)20251120

(415)8902012356006(8020)0250250074905 5(3900)000000000 0480(96)20251120

PRO HOSPITAL $ 4.800

Banco