DATOS DEL CONVENIO		
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	
ACTA No.	1	
FECHA DEL ACTA	30/12/2025	
No. DE CONVENIO Y FECHA	340 - 12/12/2025	
TIPO DE CONVENIO	CONVENIO DE ASOCIACION	
CONVENIANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0	
OBJETO	"AUNAR ESFUERZOS PARA PROMOVER EL FORTALECIMIENTO DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA Y DESARROLLO HUMANO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD ENTRE LOS 18 Y 56 AÑOS Y SU RED PRIMARIA DE APOYO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA"	
CONVENIDO	NOMBRE	FUNDACION SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROGRESO Y DESARROLLO HUMANO
	C.C./NIT	900344716
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	RODRIGO CALA PULIDO
	C.C./NIT	91204079
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	IVAN DARIO TORRES ALFONSO
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social
	C.C.	13740179
SUPERVISOR	NOMBRE:	HILDA MARCELA RAMIREZ AMAYA
	C.C./NIT:	63351362
VALOR DEL CONVENIO	$ 237.336.320,00	Aporte Municipio $ 166.135.424,00
		Aporte Convenido $ 71.200.896,00
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	Aporte Municipio $ 0,00
		Aporte Convenido $ 0,00
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	9035
	FECHA:	28/11/2025
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	13859
	FECHA:	12/12/2025
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONVENIO	Fecha de Inicio	15/12/2025
	Fecha de Finalización	31/03/2026
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	(3) TRES MESES Y (15) QUINCE 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
SURAMERICANA	CUMPLIMIENTO	17038508	12/12/2025	01/10/2026	$ 23.733.632,00
	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E	17038508	12/12/2025	31/03/2029	$ 23.733.632,00

Powered by CamScanner

		INDEMNIZACIONES LABORALES				
		CALIDAD DE SERVICIO	17038508	12/12/2025	01/10/2026	$ 23.733.632,00
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL POR DAÑOS A TERCEROS	14198926	12/12/2025	31/03/2026	$ 284.700.000,00
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	15/12/2025, 15/12/2025					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 15/12/2025			
	HASTA: 30/12/2025			
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 22.151.390,87			
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	30/12/2025	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 HILDA MARCELA RAMIREZ AMAYA quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra RODRIGO CALA PULIDO quien actúa en nombre y representación de FUNDACION SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROGRESO Y DESARROLLO HUMANO, con el fin de entregar y recibir el informe de avance de ejecución del Convenio.

2. 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: 1	$ 22.151.390,87
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 22.151.390,87

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500874126	$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500874126	$ 480,00

6. RP No.13859
RUBRO:2.3.2.02.02.009.2024680010155.1.4104020.93500.260.501

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 30

Powered by CamScanner

de Diciembre de 2025.

Supervisor

HILDA MARCELA RAMIREZ AMAYA
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Convenido

RODRIGO CALA PULIDO
FUNDACION SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROG
RESO Y DESARROLLO HUMANO
Convenido

Elaboró: BLANCA N GONGORA CARTAGENA-CPS/SDS
Revisó: HILDA MARCELA RAMIREZ AMAYA-SUPERVISOR/SDS JUAN C DAVILA-FINANCIERO-PS/SDS

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR
OFICINA DE CONTRATACION
Y LEGALIZACION
FECHA 30-12-25
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Powered by CamScanner

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500874126

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $ 4.800

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

Fecha de Expedición 2025/12/25 **Fecha Limite de Pago** 2025/12/31

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Contribuyente Tipo de Doc. NIT Número 900344716
Nombre Fundación Progresa
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)7709998038639(8020)02502500874126(3900)00000000005280(96)20251231

SECRETARIA DE HACIENDA
OFICINA DE RENTAS
FECHA 30-12-25
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas Recibo Nº 2502500874126

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. NIT Número: 900344716
Nombre: Fundación Progresa
Dirección: 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 2502500874126

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Total a Pagar $ 5.280

Fecha de Expedición 2025/12/25 **Fecha Limite de Pago** 2025/12/31

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas $ 4.800
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas Recibo Nº 2502500874126

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 900344716
Nombre Fundación Progresa
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)8902012356005(8020)02502500874126(3900)00000000004800(96)20251231

Fecha de Expedición 2025/12/25
Fecha Limite de Pago 2025/12/31

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas Recibo Nº 2502500874126

Con ribuyen e Tipo de Doc. NIT Número 900344716
Nombre Fundación Progresa
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2025/12/25

Total a Pagar $ 5.280

(415)8902012356005(8020)02502500874126(3900)00000000004800(96)20251231

(415)8902012356006(8020)02502500874126(3900)00000000004800(96)20251231

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas $ 4.800
Ordenanza 012 $ 480

Powered by CamScanner