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.	4				
FECHA DEL ACTA	11/03/2026				
No. DE CONVENIO Y FECHA	320 - 04/12/2025				
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	FUNDACION HOGAR GERIATRICO LUZ DE ESPERANZA			
	C.C./NIT	804016326			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	ANGEL MARIA QUIÑONES RIOS			
	C.C./NIT	91180437			
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	IVAN DARIO TORRES ALFONSO			
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social			
	C.C.	13740179			
SUPERVISOR	NOMBRE:	INGRID CATALINA NIÑO JEREZ			
	C.C./NIT:	1098651692			
VALOR DEL CONVENIO	$ 1.978.313.150,00	Aporte Municipio $ 1.070.466.727,00			
		Aporte Convenido $ 907.846.423,00			
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	Aporte Municipio $ 0,00			
		Aporte Convenido $ 0,00			
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00				
CDP	NÚMERO:	8860, 8861, 8862, 8863, 1127, 1128, 1129, 1130, 1476, 1475			
	FECHA:	21/11/2025, 21/11/2025, 21/11/2025, 21/11/2025, 22/01/2026, 22/01/2026, 22/01/2026, 22/01/2026, 29/01/2026, 29/01/2026			
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
RP	NÚMERO:	13405, 13406, 13407, 13408, 2038, 2039, 2040, 2041, 3485, 3486			
	FECHA:	05/12/2025, 05/12/2025, 05/12/2025, 05/12/2025, 22/01/2026, 22/01/2026, 22/01/2026, 22/01/2026, 03/02/2026, 03/02/2026			
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica			
	FECHA:	No Aplica			
PLAZO DEL CONVENIO	Fecha de Inicio	05/12/2025			
	Fecha de Finalización	30/06/2026			
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica			
	Duración	(6) SEIS MESES Y (29) VEINTINUEVE 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	No.	Fecha de la	Observaciones	

Powered by CamScanner

	Modificaciones		modificación	
	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	400-47-994000111661	04/12/2025	30/06/2026	$ 197.831.315,00
			400-47-994000111661	04/12/2025	30/12/2026	$ 197.831.315,00
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-47-994000111661	04/12/2025	30/06/2026	$ 197.831.315,00
			400-47-994000111661	04/12/2025	30/06/2026	$ 197.831.315,00
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	994000028584	04/12/2025	30/06/2026	$ 284.700.000,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000111661	04/12/2025	30/06/2026	$ 197.831.315,00
			400-47-994000111661	04/12/2025	30/12/2026	$ 197.831.315,00
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	09/12/2025, 09/12/2025, 05/12/2025					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 01/02/2026
	HASTA: 28/02/2026
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 129.553.004,00
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	02/03/2026	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 INGRID CATALINA NIÑO JEREZ quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra ANGEL MARIA QUIÑONES RIOS quien actúa en nombre y representación de FUNDACION HOGAR GERIATRICO LUZ DE ESPERANZA, 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:

Powered by CamScanner

Valor ejecutado en la presente acta: 4	$ 129.553.004,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 129.553.004,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600168031	$ 5.800,00
ORDENANZA 012	2502600168031	$ 580,00

6. RP N° 3485 $45.835.370.
2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93491.262.220
RP N° 3486
$83.717.634.
2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93304.262.220

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 11 de Marzo de 2026.

Supervisor

INGRID CATALINA NIÑO JEREZ
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Convenido

FUNDELUZ

ANGEL MARIA QUIÑONES RIOS
FUNDACION HOGAR GERIATRICO LUZ DE ESPERANZA
Convenido

Elaboró: SULAY BARRAGAN RODRIGUEZ - SDS - CPS
Revisó: INGRID CATALINA NIÑO JEREZ - SUPERVISOR - SDS

REVISO:JUAN C.DAVILA-FINANCIERO-CPS-SDS

REVISADO POR: SECRETARIA ADMINISTRATIVA
SUBSECRETARIA DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN DE CONTRATOS
13-03-26
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Powered by CamScanner

1941

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600168031

Contribuyente

Trámite: CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total Estampillas $ 5.800
Ordenanza 012 $ 580
Total a Pagar $ 6.380

Fecha de Expedición 2026/03/06 Fecha Límite de Pago 2026/03/07

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Contribuyente Tipo de Doc. NIT Número 804016326
Nombre FUNDACION HOGAR GERIATRICO LUZ DE ESPERANZA
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)7709998038638(8020)025026001680311(3900)0000000005800(96)20260307

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA 13-03-26
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502600168031

Trámite: CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Tipo de Doc. NIT Número 804016326
Nombre: FUNDACION HOGAR GERIATRICO LUZ DE ESPERAN
Dirección: Teléfono:

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total Estampillas $ 5.800
Ordenanza 012 $ 580
Total a Pagar $ 6.380

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502600168031

Trámite: CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Total a Pagar $ 6.380

Fecha de Expedición 2026/03/06 Fecha Límite de Pago 2026/03/07

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total Estampillas $ 5.800
Ordenanza 012 $ 580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502600168031

Trámite: CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total Estampillas $ 5.800
Ordenanza 012 $ 580
Total a Pagar $ 6.380

Fecha de Expedición 2026/03/06
Fecha Límite de Pago 2026/03/07

Contribuyente Tipo de Doc. NIT Número 804016326
Nombre FUNDACION HOGAR GERIATRICO LUZ DE ESPERANZA
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)8902012356005(8020)025026001680311(3900)0000000005800(96)20260307

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502600168031

Contribuyente Tipo de Doc. NIT Número 804016326
Nombre FUNDACION HOGAR GERIATRICO LUZ DE ESPERANZA
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

Trámite: CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga

Fecha de Expedición 2026/03/06

Total a Pagar $ 6.380

(415)8902012356005(8020)025026001680311(3900)0000000005800(96)20260307

(415)8902012356006(8020)025026001680311(3900)0000000005800(96)20260307

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total Estampillas $ 5.800
Ordenanza 012 $ 580

Pago Electrónico

Powered by CamScanner