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.	5	
FECHA DEL ACTA	17/04/2026	
No. DE CONVENIO Y FECHA	319 - 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 LOTE IV	
CONVENIDO	NOMBRE	FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA
	C.C./NIT	804008547
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	CESAR AUGUSTO RANGEL RODRIGUEZ
	C.C./NIT	1098707785
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	$ 468.626.250,00	Aporte Municipio $ 254.361.210,00
		Aporte Convenido $ 214.265.040,00
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, 1135, 1136, 1137, 1138, 1475, 1476
	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:	13413, 13414, 13415, 13416, 2046, 2047, 2048, 2049, 3483, 3484
	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/OtroSí/Aclaraciones	No Aplica	No Aplica			No Aplica

GARANTÍAS PRESENTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO:	**ASEGURADORA**	**AMPARO**	**No. Póliza**	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
				Desde	**Hasta**	
	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	CUMPLIMIENTO	400-97-994000111664	04/12/2025	30/12/2026	$ 46.862.625,00
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-97-994000111664	04/12/2025	30/12/2029	$ 46.862.625,00
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000028586	04/12/2025	30/06/2026	$ 284.700.000,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-97-994000111664	04/12/2025	30/12/2026	$ 46.862.625,00

FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	05/12/2025, 05/12/2025

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 01/03/2026
	HASTA: 31/03/2026
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 34.349.169,00
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	31/03/2026	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 CESAR AUGUSTO RANGEL RODRIGUEZ quien actúa en nombre y representación de FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA, 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:* 5	*$ 34.349.169,00*
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 34.349.169,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600253172	$ 5.800,00
ORDENANZA 012	2502600253172	$ 580,00

6.RP N°3484 $17.137.260
2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93491.262.220
RP N°3483 $17.211.909
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 17 de Abril de 2026.

Supervisor

INGRID CATALINA NIÑO JEREZ
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Convenido

CESAR AUGUSTO RANGEL RODRIGUEZ
FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA
Convenido

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

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

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA 22-04-26
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Powered by CamScanner

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600253172

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 2026/04/14 **Fecha Limite de Pago** 2026/04/15

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 804008547
Nombre FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600253172(3900)00000000006380(96)20260415

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA 22-04-26
ALCALDÍA DE BUCARAMANGA

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600253172**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. NIT Número: 804008547
Nombre: FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CA
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** **2502600253172**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Total a Pagar **$ 6.380**

Fecha de Expedición 2026/04/14 **Fecha Limite de Pago** 2026/04/15

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total Estampillas **$ 5.800**
Ordenanza 012 $ 580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600253172**

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**

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 804008547
Nombre FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600253172(3900)00000000005800(96)20260415

Fecha de Expedición 2026/04/14
Fecha Limite de Pago 2026/04/15

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600253172**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 804008547
Nombre FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2026/04/14

Total a Pagar **$ 6.380**

(415)8902012356005(8020)02502600253172(3900)00000000005800(96)20260415

(415)8902012356006(8020)02502600253172(3900)00000000000580(96)20260415

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total Estampillas **$ 5.800**
Ordenanza 012 $ 580

Pagado Electronicamente