REPUBLICA DE COLOMBIA

GOBERNACION DEL AMAZONAS

GOBERNACION DEL AMAZONAS
SECRETARIA DE HACIENDA
CONTABILIDAD

No. 182

ITEM	LISTA DE CHEQUEO REVISION DE CONTRATOS						
1	Fecha de Revisión	28 de abril de 2026					
	Nombre del Contratista	**CENTRO DE VIDA Y DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR SAN JOSE DE AMAZONAS**					
	Nit - C.C.	800.207.464-6					
	Representante Legal	MARTHA ESPERANZA TORRES LÓPEZ					
	Tipo de Contrato	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO	**Contrato No.**	**2052**	**Fecha**	30-ene-26	
	Objeto del contrato / convenio	CONVENIO DE ASOCIACION ENTRE LA GOBERNACION DE AMAZONAS Y EL CENTRO DE VIDA Y DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR "SAN JOSE DE AMAZONAS" PARA BRINDAR PROTECCION Y ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS					
	Sector al que Pertenece	CENTRAL	CDP No.	1693	Fecha CDP.	24-ene-26	
	Registro Presupuestal	Número R.P. **1973**	Fecha R.P.	30-ene-26	Valor R.P.	**$ 647,677,450.00**	
	Rubro Presupuestal	0241-2.3.3.41.04.005-05	CENTROS DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR (30%/80)			$ 647,677,450.00	
	Supervision	Secretaria o Dependencia	SECRETARIA DE GOBIERNO Y ASUNTOS SOCIALES.	Nombre Supervisor:	JHON JAIRO ACUÑA MARIN		
	Documentos Supervisor	CERTIFICADO DE AUTORIZACION DE PAGO	Fecha	25-abr-26	MEMORANDO DE DESIGNACION	Fecha	PRESENTA
		ACTA DE INICIO	Fecha	16-feb-26	INFORME DE CONTRATISTA	Fecha	PRESENTA
		INFORME DE SUPERVISION	Fecha	PRESENTA		Fecha	
	Forma de pago	A) Se cancelará mediante actas parciales mensualizadas de acuerdo al número de beneficiarios atendidos y las actividades certificadas, previa suscripción del acta de inicio y aprobación de la póliza, se sujetará a la liquidez con la que cuente la Gobernación del Amazonas al momento del cobro, previa certificación emitida por el supervisor, para lo cual debe entregar: 1) Informe de ejecución detallada de los recursos determinados de forma mensual, adjuntando evidencia y/o soporte de cada una de las actividades realizadas. 2) Copia de las facturas por cada uno de las actividades determinadas dentro del convenio, y de las cuales se pretende su pago 3) Informe y evidencia fotográfica en la cual consten las actividades intergeneracionales y lúdicas recreativas realizadas a los adultos mayores, detallando las acciones ejecutadas. 4) Lista de beneficiarios, plenamente identificados. 5) Copia del pago y soporte que acredite el cumplimiento de sus obligaciones parafiscales frente al sistema de seguridad social integral y cajas de compensación, ICBF y SENA, según corresponda, mediante certificación expedida por el Revisor Fiscal o el representante legal, correspondiente al periodo que se paga, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Ley 100 de 1993. 6) Soporte de aporte ofertado por la ESAL durante la ejecución del convenio					
	Valor Contrato / Convenio	Valor Inicial:	**$ 647,677,450.00**	Adicion	-	Valor Total	**$ 647,677,450.00**
	Documento Para Pago	**FACTURA ELECTRONICA**	No. CBA-122	Valor:	**$ 92,525,350.00**	**Fecha**	**15-abr-26**
	Valor autorizado	PARCIAL	**$ 92,525,350.00**	**Valor No Ejecutado o Pendiente por**		**$462,626,750.00**	
		Primer Pago Acta Parcial	5271	Valor	$ 92,525,350	$ 92,525,350	
		Segundo Pago Acta Parcial		Valor	$ 0		
		Tercer Pago Acta Parcial		Valor	$ 0		
	Legalizaciones	Amortizacion 1		Valor	$ 0	$ 0.00	
		Amortizacion 2		Valor	$ 0		
		Amortizacion 3		Valor	$ 0		
	Plazo de Ejecución	SIETE (07) MESES, contados a partir del acta de inicio, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato.					
	Seguridad Social Contratista	PLANILLA No.	6010594464 FEBRERO-MARZO				
	Documento de Rentas	EXONERACION	No.	1402	25/02/2026	Fecha	
	Estampillas	12%	**Valor Total**	**Valor Descontado**	**Saldo Pendiente**	**Menos Este Pago**	**Saldo Final**
	Retenciones	**Retefuente**	NO APLICA		**Reteica**	NO APLICA	
	Acta de Suspensión	Numero de Acta			Fecha de Acta		
	Acta de Reinicio	Numero de Acta			Fecha de Acta		
	Acta de Recibo final	Numero de Acta			Fecha de Acta		
	Acta de Liquidacion	Numero de Acta			Fecha de Acta		
	Polizas	Aseguradora	SOLIDARIA DE COLOMBIA	No. 360-47-994000063865	16/02/2026	Fecha:	Anexo No. 0
		Amparos			Fecha de Inicio	Fecha Final	Cobertura
		CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO			16/02/2026	17/03/2027	$ 84,198,068.50
		CALIDAD DEL SERVICIO			16/02/2026	17/03/2027	$ 84,198,068.50
	Aprobacion de polizas	RESOLUCION No.	0015 16 DE FEBRERO DE 2016				
	Copia RUT y/o Camara de Comercio	PRESENTA	**Código CIIU**	8730	8810	9499	
	Almacen	NO APLICA	Entrada de Consumo			Salida No.	
	Certificaciòn Bancaria	PRESENTA	CUENTA DE AHORROS		Banco: BBVA		506362300
	Interventor del Contrato	NO APLICA	Nombre				Pago FIC:
	Observaciones	Se Procede a:	RECHAZAR	Fecha	28 de abril de 2026		
		1. Anexar la tarjeta profesional del contador.					
		2. En la certificación el valor del SALDO no corresponde al saldo pendiente por pagar.					

Firmas

Mariela Gutierrez
Elaboro Profesional de apoyo of. De contabilidad

LUZ MERY MUÑOZ MONTEIRO
JEFE OFICINA DE CONTABILIDAD