DATOS DEL CONVENIO		
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	
ACTA No.	6	
FECHA DEL ACTA	15/05/2026	
No. DE CONVENIO Y FECHA	318 - 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 III"	
CONVENIDO	NOMBRE	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO
	C.C./NIT	890203963
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	LUDY ZAPATA NIÑO
	C.C./NIT	63300892
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	$ 1.295.896.500,00	Aporte Municipio $ 698.803.740,00
		Aporte Convenido $ 597.092.760,00
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, 1159, 1160, 1161, 1162, 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:	13437, 13438, 13439, 13440, 2070, 2071, 2072, 2073, 3354, 3355
	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, 02/02/2026, 02/02/2026
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 Modificaciones	No.	Fecha de la modificación	Observaciones

	Cesión/OtroSi/Acla	No	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	400-47-994000111665	04/12/2025	30/12/2026	$ 129.589.650,00
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-47-994000111665	04/12/2025	30/12/2029	$ 129.589.650,00
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000018588	04/12/2025	30/06/2026	$ 284.700.000,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000111665	04/12/2025	30/12/2026	$ 129.589.650,00
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	09/12/2025, 09/12/2025					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 01/04/2026			
	HASTA: 30/04/2026			
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 97.624.746,00			
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	15/05/2026	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 LUDY ZAPATA NIÑO quien actúa en nombre y representación de CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO, 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: 6	$ 97.624.746,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado desembolso	$ 97.624.746,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600321443	$ 5.800,00

6. RP N° 3354 $32.642.400
2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93491.262 .220
RP N°3355
$64.982.346
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 15 de Mayo de 2026.

Supervisor

INGRID CATALINA NIÑO JEREZ
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Convenido

LUDY ZAPATA NIÑO
CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO
Convenido

Elaboró: SULAY BARRAGAN RODRIGUEZ - SDS - CPS
Revisó: INGRID CATALINA NIÑO JEREZ - SUPERVISOR - SDS REVISO:JUAN C.DAVILA - FINANCIERO -SDS-CPS

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y CENTRALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA: 14-05-26
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

BBVA
EXT DE CAJA SCB. DE SANTANDER
12 MAY 2026
CAJA No. 2

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890.201.235-6

Recibo de recaudo No: 2502600321443

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 890203963
Nombre:
CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO DE BUCARAMANGA

TRÁMITE
CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN $5.800
PRO HOSPITAL

TOTAL $5.800

Total a pagar **$5.800**

Con destino a:
Alcaldía de Bucaramanga

Fecha expedici n: 2026/05/12
Fecha l mite de pago: 2026/05/19

Puede ingresar a
https://estampillas.syc.com.co/
para validar y consultar el detalle del pago de la Estampilla Departamental.

RE-OP-07L

SOPORTE TRÁMITE

Hora Imp:2026/05/12 09:28:16

BBVA
EXT DE CAJA SCB. DE SANTANDER
12 MAY 2026

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890.201.235-6

Recibo de recaudo No: 2502600321443

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 890203963
Nombre:
CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO DE BUCARAMANGA

TRÁMITE
CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN $5.800
PRO HOSPITAL

TOTAL $5.800

Total a pagar **$5.800**

Con destino a:
Alcaldía de Bucaramanga

Fecha expedici n: 2026/05/12
Fecha l mite de pago: 2026/05/19

Puede ingresar a
https://estampillas.syc.com.co/
para validar y consultar el detalle del pago de la Estampilla Departamental.

RE-OP-07L

SOPORTE TRÁMITE

Hora Imp:2026/05/12 09:28:16

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACION Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
FECHA: 14-05-26
ALCALDIA DE BUCARAMANGA