DATOS DEL CONVENIO		
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	
ACTA No.	9	
FECHA DEL ACTA	14/08/2026	
No. DE CONVENIO Y FECHA	324 - 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 IX	
CONVENIDO	NOMBRE	FUNDACION CRISTO REDENTOR
	C.C./NIT	804011531
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	MERY SOCORRO ROMERO DE PEREZ
	C.C./NIT	63299001
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	IVAN DARIO TORRES ALFONSO
	CARGO	Secretario (a) de Desarrollo Social
	C.C.	13740179
SUPERVISOR	NOMBRE:	MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA
	C.C./NIT:	63349844
VALOR DEL CONVENIO	$ 580.004.500,00	Aporte Municipio $ 315.388.115,00
		Aporte Convenido $ 264.616.385,00
VALOR ADICIONADO	$ 280.772.500,00	Aporte Municipio $ 152.773.145,00
		Aporte Convenido $ 127.999.355,00
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	8860, 8861, 8862, 8863, 1147, 1148, 1149, 1150, 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:	2949, 2948, 2978, 2977, 3022
	FECHA:	16/06/2026, 16/06/2026, 17/06/2026, 17/06/2026, 19/06/2026
RP	NÚMERO:	13425, 13426, 13427, 13428, 2058, 2059, 2060, 2061, 3452, 3454
	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:	7359, 7360, 7361, 7362, 7363
	FECHA:	25/06/2026, 25/06/2026, 25/06/2026, 25/06/2026, 25/06/2026
PLAZO DEL CONVENIO	Fecha de Inicio	05/12/2025
	Fecha de Finalización	30/06/2026
	Nueva Fecha Terminación	07/10/2026
	Duración	(10) DIEZ MESES Y (8) OCHO DIAS

MODIFICACIONES DEL CONVENIO

Tipo de Modificación	No.	Tiempo	Fecha Inicial	Fecha Final
Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Prórrogas	1	99 dias	01/07/2026	09/10/2026

Tipo de Modificación	No.	Fecha de la adición	Valor adicionado	Valor total del contrato
Adiciones	1	24/06/2026	$ 32.640.000,00	$ 348.028.115,00

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	400-47-994000111670	04/12/2025	07/04/2026	$ 86.077.700,00
			400-47-994000111670	04/12/2025	30/12/2026	$ 58.000.450,00
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-47-994000111670	04/12/2025	07/10/2029	$ 86.077.700,00
			400-47-994000111670	04/12/2025	30/06/2029	$ 58.000.450,00
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000028593	04/12/2025	30/06/2026	$ 284.700.000,00
			400-74-994000028593	30/06/2026	07/10/2026	$ 350.181.000,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000111670	04/12/2025	07/04/2026	$ 86.077.700,00
			400-47-994000111670	04/12/2025	30/12/2026	$ 58.000.450,00
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	09/12/2025, 09/12/2025					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 01/07/2026 ✓
	HASTA: 31/07/2026 ✓
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 42.654.977,00 ✓
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	03/08/2026	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 MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra MERY SOCORRO ROMERO DE PEREZ quien actúa en nombre y representación de FUNDACION CRISTO REDENTOR, 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 bruto ejecutado desembolso	$ 42.654.977,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor Neto ejecutado en la presente acta: 8	$ 42.654.977,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600251664	$ 5.800,00

6. RP N° 7359 $19.395.026
2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93491.262.288
RP N° 7362
$23.259.951
2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93304.262.288

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 14 de Agosto de 2026.

Supervisor

MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Convenido

MERY SOCORRO ROMERO DE PEREZ
FUNDACION CRISTO REDENTOR
Convenido

Elaboró: SULAY BARRAGAN RODRIGUEZ-SDS-CPS
Revisó: MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA-SUPERVISOR - SDS REVISO:JUAN C.DAVILA-FINANCIERO - SDS- CPS

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REMISADO POR:
OFICINA DE RADICACION Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
FECHA 18-08-26
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600251664

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $ 5.800

Inf #08

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** 804011531
Nombre FUNDACION CRISTO REDENTOR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)0250260025166 4(3900)000000000063 80(96)20260415

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACION Y ACTUALIZACION DE CONTRATOS
FECHA 18-08-26
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

PRO HOSPITAL $ 5.800

Trámite

Gobernación de Santander **Secretaría de Hacienda** **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600251664**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. NIT Número: 804011531
Nombre: FUNDACION CRISTO REDENTOR Teléfono:
Dirección:

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

SYC

Gobernación de Santander **Secretaría de Hacienda** **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600251664**

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** **2502600251664**

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** 804011531
Nombre FUNDACION CRISTO REDENTOR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)0250260025166 4(3900)000000000058 00(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** **2502600251664**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 804011531
Nombre FUNDACION CRISTO REDENTOR
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)0250260025166 4(3900)000000000058 00(96)20260415

(415)8902012356005(8020)0250260025166 4(3900)000000000058 00(96)20260415

PRO HOSPITAL $ 5.800

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