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.	9	
FECHA DEL ACTA	20/08/2026	
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	$ 226.506.000,00	Aporte Municipio $ 123.020.970,00
		Aporte Convenido $ 103.485.030,00
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:	3019, 2971, 2972, 2986, 2985
	FECHA:	19/06/2026, 17/06/2026, 17/06/2026, 17/06/2026, 17/06/2026
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:	7385, 7386, 7387, 7388, 7405
	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	$ 92.008.890,00	$ 346.370.100,00

	Otras	No.	Fecha de la	Observaciones
	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	400-97-994000111664	04/12/2025	07/04/2027	$ 69.513.225,00
			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	07/10/2029	$ 69.513.225,00
			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
			400-74-994000028549	30/06/2026	07/10/2026	$ 350.181.600,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-97-994000111664	04/12/2025	07/04/2027	$ 69.513.225,00
			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: 01/07/2026			
	HASTA: 31/07/2026			
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 34.758.435,00			
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	31/07/2026	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:

Valor bruto ejecutado desembolso	$ 34.758.435,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor Neto ejecutado en la presente acta: 9	$ 34.758.435,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600524332	$ 5.800,00

6. RP N°7388 $17.137.260
2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93491.262.288
RP N°7386
$17.621.175
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 20 de Agosto 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-SDS-CPS

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
RECIBIDO POR:
FECHA 25-08-26
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600524332

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total a Pagar $ 5.800

Fecha de Expedición 2026/08/15 **Fecha Limite de Pago** 2026/08/21

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)02502600524332(3900)000000000058 00(96)20260821

...RIA ADMINISTRATIVA
...REVISADO POR:
...ADICACIÓN
...ON DE
25-08-26
...GA
...DE BUCARAMANGA

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda | **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600524332**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. NIT Número [illegible]
Nombre: FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CA
Dirección: Teléfono:

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total a Pagar $ 5.800

¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !
RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda | **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600524332**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total a Pagar $ 5.800

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 804008547

Nombre FUNDACION CASA DE CARIDAD SANTA RITA DE CASIA

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600524332(3900)000000000058 00(96)20260821

Fecha de Expedición 2026/08/15
Fecha Limite de Pago 2026/08/21

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda | **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600524332**

Contribuyente **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 2026/08/15

Total a Pagar $ 5.800

(415)8902012356005(8020)02502600524332(3900)000000000058 00(96)20260821

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total Estampillas $ 5.800

Pagado Electronicamente