4259

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.	12	
FECHA DEL ACTA	05/10/2026	
No. DE CONVENIO Y FECHA	321 - 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 VI	
CONVENIDO	NOMBRE	FUNDACION ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUSTODIOS
	C.C./NIT	800169294
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	albeiro vargas romero
	C.C./NIT	13540822
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	$ 1.916.342.025,00	Aporte Municipio $ 1.054.591.707,00
		Aporte Convenido $ 861.750.318,00
VALOR ADICIONADO	$ 937.154.400,00	Aporte Municipio $ 516.014.967,00
		Aporte Convenido $ 421.139.433,00
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	8860, 8861, 8862, 8863, 1151, 1152, 1153, 1154, 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:	3023, 2980, 2979, 2951, 2950
	FECHA:	19/06/2026, 17/06/2026, 17/06/2026, 16/06/2026, 16/06/2026
RP	NÚMERO:	13429, 13430, 13431, 13432, 2062, 2063, 2064, 2065, 3481, 3482
	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:	7394, 7395, 7396, 7397, 7398
	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 días	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	$ 516.014.967,00	$ 1.570.606.674,00

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: 2 de 3

	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	400-47-994000111669	04/12/2025	07/04/2027	$ 285.349.642,50
			400-47-994000111669	04/12/2025	30/12/2026	$ 191.634.202,50
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL CONTRATADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	400-47-994000111669	04/12/2025	07/10/2029	$ 285.349.642,50
			400-47-994000111669	04/12/2025	30/12/2029	$ 191.634.202,50
		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	400-74-994000028591	04/12/2025	30/06/2026	$ 284.700.000,00
			400-74-994000028591	26/06/2026	07/10/2026	$ 525.271.500,00
		CALIDAD DE SERVICIO	400-47-994000111669	04/12/2025	07/04/2026	$ 285.349.642,50
			400-47-994000111669	04/12/2025	30/12/2026	$ 191.634.202,50
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	09/12/2025, 09/12/2025					

DATOS PARA DESEMBOLSO DEL CONVENIO

PERIODO DE EJECUCIÓN	DESDE: 01/09/2026			
	HASTA: 30/09/2026			
VALOR DE DESEMBOLSO	$ 158.113.017,00			
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	05/10/2026	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 albeiro vargas romero quien actúa en nombre y representación de FUNDACION ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUSTODIOS, 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:

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: 3 de 3

Valor bruto ejecutado desembolso	$ 158.113.017,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor Neto ejecutado en la presente acta: 12	$ 158.113.017,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502600628310	$ 5.800,00

6. RP 3482 $8.203.305
2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93491.262.220
RP 7398
$104.412.975
2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93491.262.220
RP 7395
$4.995.738
22.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93304.262.220
RP 7394
$40.500.999
2.3.2.02.02.009.2024680010125.1.4104008.93304.262.520

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 5 de Octubre de 2026.

Supervisor

MARIA ISABEL BALLESTEROS NOBZA
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Convenido

albeiro vargas romero
FUNDACION ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUSTODIOS
Convenido

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

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACION Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
FECHA 08-10-26
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600628310

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total a Pagar **$ 5.800**

Fecha de Expedición 2026/10/05 **Fecha Limite de Pago** 2026/10/11

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 800169294

Nombre FUNDACION ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUSTODIOS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)025026006283 10(3900)000000000058 00(96)20261011

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACION
Y NOTIFICACION DE
CONTRATO 3
08-10-26
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total a Pagar **$ 5.800**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600628310

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Tipo de Doc. NIT Número: 800169294
Nombre: FUNDACION ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUSTC
Dirección: Teléfono:

¡ 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
2502600628310

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** 800169294

Nombre FUNDACION ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUSTODIOS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)025026006283 10(3900)000000000058 00(96)20261011

Fecha de Expedición 2026/10/05
Fecha Limite de Pago 2026/10/11

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600628310

Con tribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 800169294

Nombre FUNDACION ALBEIRO VARGAS Y ANGELES CUSTODIOS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)025026006283 10(3900)000000000058 00(96)20261011

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2026/10/05

Total a Pagar **$ 5.800**

PRO HOSPITAL $ 5.800

Total Estampillas **$ 5.800**