ÁREA O DEPENDENCIA: SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y DIRECCIÓN DE SALUD

ACTA No. DÍA	FECHA ACTA			CONVENIO DE ASOCIACIÓN No.	FECHA CONTRATO		
		MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
01	03	11	2026	004	30	10	2026

OBJETO: **"AUNAR ESFUERZOS PARA LA EJECUCIÓN DE ESTRATEGIAS ORIENTADAS A GARANTIZAR LA OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO INTEGRAL DEL PROGRAMA CENTRO DE VIDA DE ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE LETICIA-AMAZONAS".**

PLAZO	VALOR TOTAL	FORMA DE PAGO
Un (01) Mes y Veintiocho (28) días	APORTE MUNICIPIO	El valor del aporte que corresponda al Municipio de Leticia – Amazonas será desembolsado de acuerdo con el esquema financiero establecido en el convenio, previa acreditación del cumplimiento de las obligaciones y actividades a cargo de la entidad sin ánimo de lucro, certificación del supervisor y presentación de los documentos requeridos para cada desembolso. Para efectos de la ejecución del convenio, se propone el siguiente esquema: Primer desembolso – 50 %. Un primer desembolso equivalente al cincuenta por ciento (50 %) del aporte a cargo del Municipio, previa: 1. Suscripción del convenio. 2. Suscripción del acta de inicio. 3. Aprobación de las garantías exigidas. 4. Presentación y aprobación del plan de trabajo. 5. Presentación del plan de inversión de los recursos. 6. Acreditación del cumplimiento de las obligaciones legales y de seguridad social aplicables. **Segundo desembolso – 25 %.** Un segundo desembolso equivalente al veinticinco por ciento (25 %) del aporte a cargo del Municipio, previa presentación y aprobación del informe de ejecución correspondiente al primer mes, acompañado de los soportes técnicos, administrativos y financieros que acrediten el desarrollo de las actividades programadas. **Tercer desembolso – 25 %.** El saldo correspondiente al veinticinco por ciento (25 %) del aporte a cargo del Municipio, previa presentación y aprobación del informe final de ejecución correspondiente al segundo mes, en el cual se acredite el cumplimiento de las actividades y obligaciones establecidas en el convenio. Los desembolsos estarán sujetos a la disponibilidad presupuestal y de PAC, a la certificación de cumplimiento expedida por el supervisor y a la presentación de los documentos requeridos por el Municipio
	$849.070.000	
	APORTE ESAL	
	$84.907.000	

VALOR TOTAL:
NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL PESOS ($933.977.000) M/CTE

FECHA DE INICIO			FECHA TERMINACIÓN DEL PLAZO			CONTRATISTA
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
03	11	2026	30	12	2026	**FUNDACIÓN LA MALOKA**

SUPERVISOR: GIOVANNY FERNANDO PENAGOS SINISTERRA, secretario de Desarrollo Social y Dirección de Salud.

EN CONSECUENCIA, SE PROCEDE A DAR INICIO AL CONTRATO, EL CUAL DEBE CONCLUIR EN LA SIGUIENTE FECHA	FECHA DE TERMINACIÓN DEL PLAZO		
	DÍA	MES	AÑO
	30	12	2026

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron asegurando que no se ha omitido información y la consignada es veraz el día 03 de NOVIEMBRE de 2026:

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISORES

NOMBRE CONTRATISTA	NOMBRE SUPERVISOR
FUNDACIÓN LA MALOKA R/L. GUILLERMO OTERO ZAMBRANO	GIOVANNY FERNANDO PENAGOS SINISTERRA Secretario de Desarrollo Social y Dirección de Salud

Original: Oficina Asesora Jurídica