INFORME DE SUPERVISIÓN PARA PAGO PARCIAL No.1			
ASPECTO JURÍDICO			
TIPO DE CONTRATACIÓN:		CONVENIO DE ASOCIACIÓN	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR "EL EDEN"	
IDENTIFICACIÓN:		NIT 890.205.168 - 9	
SUPERVISOR – CARGO:		YADIR FERNANDO PORRAS LARROTTA– SECRETARIO DE BIENESTAR SOCIAL	
NÚMERO DE CONVENIO:		176 DE 2024	
FECHA DE CONTRATO:		VEINTICUATRO (24) DE SEPTIEMBRE DE 2024	
OBJETO:		AUNAR ESFUERZOS PARA LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE CHARALÁ SANTANDER, EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO	
TERMINO DE DURACIÓN:		SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO, PLAZO QUE SERÁ CONTADO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBA EL ACTA DE INICIO.	
VALOR DEL CONVENIO:		NOVENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS ($97.807.895,00) M/CTE	
		APORTE DEL MUNICIPIO	NOVENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS PESOS ($92.917.500,00) M/CTE
		APORTE ESAL	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS ($4.890.395,00) M/CTE
FORMA DE PAGO:		DESEMBOLSOS PARCIALES, previa presentación de informe de supervisor donde se acredite el cumplimiento de las obligaciones del convenio a su cargo, la aplicación y uso de los recursos públicos. Para proceder al desembolso se debe contar con certificado del supervisor en el cual se manifieste que después de verificar documental y materialmente el cumplimiento del convenio, recibe a satisfacción e cumplimiento del mismo.	
FECHA DE INICIO DE CONTRATO:		DOS (02) DE OCTUBRE DE 2024	
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONVENIO:		TREINTA (30) DE NOVIEMBRE DE 2024	
N.º Y FECHA CDP INICIAL:	0911001 11/09/2024	**VALOR**: NOVENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE	**$ 92.917.500,00**
Nº Y FECHA RP INICIAL	0924003 24/09/2024	**VALOR**: NOVENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE	**$ 92.917.500,00**
RUBRO PRESUPUESTAL AFECTADO:		2.3.2.02.02.009.41.04.008.01 SERVICIO DE ATENCION Y PROTECCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR 30% 2.3.2.02.02.009.41.04.008.03 SERVICIO DE ATENCION Y PROTECCIÓN INTEGRAL A ADULTO MAYOR	

		2.3.2.02.02.009.41.04.008.03 SERVICIO DE ATENCION Y PROTECCIÓN INTEGRAL A ADULTO MAYOR	
FUENTE:		05- DPTO BIENESTAR ANCIANO 08- ESTAMPILLA PRO ADULTO 68 RB ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR	
VALOR ADICIONAL:		N/A	
PLAZO ADICIONAL:		N/A	
FECHA DE TERMINACION CON ADICION:		N/A	
N.º Y FECHA CDP ADICIONAL	N/A	**VALOR**: N/A	N/A
N.º Y FECHA DE RP ADICIONAL	N/A	**VALOR**: N/A	N/A
ACTA DE SUSPENSIÓN	N/A	**DD/MM/AA**:	N/A
ACTA DE REINICIACIÓN	N/A	**DD/MM/AA**:	N/A
PERIODO PARCIAL DE EJECUCION A SUPERVISAR:		DOS (02) DE OCTUBRE AL TREINTA Y UNO (31) DE OCTUBRE DE 2024.	
APORTE A SALUD:		**PERIODO DE COTIZACIÓN:**	OCTUBRE DE 2024
		NÚMERO DE PLANILA:	73813899
APORTE A PENSIÓN:		**PERIODO DE COTIZACIÓN:**	OCTUBRE DE 2024
		NÚMERO DE PLANILA:	73813899
APORTE A ARL:		**PERIODO DE COTIZACIÓN:**	OCTUBRE DE 2024
		NÚMERO DE PLANILA:	73813899

Procede el supervisor del contrato, en cumplimiento de las obligaciones contractuales y de la designación de supervisión efectuada por el ordenador del gasto, la cual obra y reposa dentro del expediente contractual; a efectuar el informe de desarrollo, ejecución y cumplimiento del Convenio de Asociación No. ***176 del 2024***, de conformidad con los parámetros establecidos en el referido contrato de servicios.

Para este propósito, se tendrá como base el informe de cumplimiento ***PARCIAL No. 1*** presentado por el contratista respecto a las actividades ejecutadas en el presente Convenio y sus respectivos anexos, los cuales se analizaran utilizando la metodología de supervisión contractual que se desarrolla en el presente informe de supervisión, el cual servirá como constancia para acceder a los recursos financieros del Municipio de Charalá- Santander, tomando como base el ***periodo Parcial*** de ejecución comprendido entre el **DOS (02) DE OCTUBRE AL TREINTA Y UNO (31) DE OCTUBRE DE 2024,** correspondiente al ***PRIMER PAGO PARCIAL*** por valor de **CUARENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS PESOS ($46'618.500,00) M/CTE**

1. OBJETIVOS

a. Verificar el cumplimiento de las obligaciones generales y especiales del contratista.
b. Verificar la idoneidad, continuidad y calidad de los servicios prestados.
c. Verificar el pago de aportes de seguridad social y de gravámenes tributarios del contrato.
d. Ordenar y autorizar el pago por parte del Municipio, del valor correspondiente al primer periodo de honorarios.

2. ALCANCE

Se procede a realizar la respectiva revisión de las obligaciones a cargo del contratista, establecidas en el Convenio de Asociación, teniendo en cuenta el informe presentado por parte del contratista, los anexos de este, la normatividad aplicable, las cláusulas contractuales y la efectiva prestación del servicio por parte de la contraparte contractual.

3. CONVENIO DE ASOCIACIÓN OBJETO DE SUPERVISIÓN.

El Convenio objeto de supervisión es el Convenio de Asociación suscrito con FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR "EL EDEN, titular del documento 890.205.168-9, el cual tiene por objeto: **"AUNAR ESFUERZOS PARA LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE CHARALÁ SANTANDER, EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO"**

4. CRITERIOS DE SUPERVISIÓN

Para efectos de supervisión del Convenio de Asociación N. 176 de 2.024, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

4.1. CRITERIOS LEGALES

a. Constitución Política de Colombia – Artículo 209.
b. Ley 80 de 1993: "Por el cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública".
c. Ley 1150 de 2007: "Por medio del cual se introducen medidas para la eficacia y transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con recursos públicos".
d. Ley 1474 de 2011: "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión Pública".
e. Decreto 1052 de 2015: ""por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector administrativo de planeación nacional".

4.2. CRITERIOS CONCEPTUALES

a) Propuesta contractual suscrita por FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR "EL EDEN
b) Convenio de Asociación N 176 suscrito con FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR "EL EDEN
c) Verificación de Desarrollo, Ejecución y Cumplimiento del Convenio.

4.3. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES:

De acuerdo con las condiciones establecidas en el Convenio de Asociación No 176 de 2024 y una vez revisada la documentación suministrada por el contratista con relación al desarrollo y ejecución del periodo comprendido entre el DOS (02) DE OCTUBRE AL TREINTA Y UNO (31) DE OCTUBRE DE 2024 las actividades representativas realizadas durante el referido periodo de ejecución fueron las siguientes:

4.4. OBLIGACIONES ESPECIFICAS (ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL)

APORTE RECURSOS MUNICIPIO DE CHARALÁ							
ITEM	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD A REALIZAR	VALOR DIARIO/VIAITA	MEDIDA	NUMERO DE ADULTOS MAYORES	NUMERO DE DIAS / VISITA	VALOR TOTAL
1	ATENCIÓN NUTRICIONAL	DESAYUNO: Suministrar un desayuno a los adultos mayores de acuerdo a la minuta establecida	$6.000	UNIDAD	34	30	$6.120.000
2		MERIENDA : Suministrar un refrigerios por día a los adultos mayores de acuerdo a las minutas establecidas	$6.000	UNIDAD	34	30	$6.120.000
3		ALMUERZO: Suministrar el almuerzo a los adultos mayores de acuerdo con las minutas establecidas	$12.000,00	UNIDAD	34	30	$12.240.000

4		ONCES: Suministrar onces a los adultos mayores de acuerdo a las minutas establecidas	$6.000	UNIDAD	34	30	$6.120.000
5		CENA: Suministrar la cena a los adultos mayores de acuerdo a las minutas establecidas	$6.000	UNIDAD	34	30	$6.120.000
							$36.720.000

Se pudo evidenciar que el Centro de Bienestar El Edén, suministró diariamente a sus Treinta y cuatro (34) adultos mayores, treinta (30) unidades de: Desayunos, Meriendas, almuerzos, onces y cenas; de acuerdo a las minutas establecidas, durante el periodo comprendido del Dos (02) de octubre al treinta y uno (31) de octubre de 2024.

Evidencias fotográficas:



ITEM	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD A REALIZAR	VALOR DIARIO/VIAITA	MEDIDA	NUMERO DE ADULTOS MAYORES	NUMERO DE DIAS / VISITA	VALOR TOTAL
6	NUTRICIONISTA	NUTRICIONISTA: Nutricionista con una disponibilidad minima de 3 horas diarias cada visita.	$350.001,00	VISITA	34	3	$1.050.003

Durante el periodo comprendido del Dos (02) de octubre al treinta y uno (31) de octubre de 2024, se constató la realización de tres (3) actividades dirigidas a los adultos mayores del centro vida el Edén, por parte de una profesional en Nutrición; realizadas en las siguientes fechas: 2, 16 y 30 de octubre de 2.024. El tiempo de duración de cada una de las actividades fue de tres (3) horas), cumpliendo con lo pactado en el Convenio de Asociación No. 176 de 2.024.

Evidencias fotográficas:



ITEM	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD A REALIZAR	VALOR DIARIO/VIAITA	MEDIDA	NUMERO DE ADULTOS MAYORES	NUMERO DE DIAS / VISITA	VALOR TOTAL
7	APOYO AUXILIAR DE ENFERMERÍA TURNO DIA	SERVICIO DE PROMOCION Y PREVENCION: Atención en enfermería para promover estilos de vida saludables, prevención de enfermedades, atención primaria y remisión a los centros de salud cuando sea requerido, cuidados generales de salud con apoyo de auxiliar de enfermería Con una disponibilidad completa el tiempo que el Centro preste servicios por cada día.	$51.500,00	UNIDAD	34	30	$1.545.000,00

Se verificó que el contratista cumplió con la prestación del servicio de Atención en enfermería (Asistencia alimenticia, Arreglo de unidad, toma de signos vitales, administración de medicamentos a los treinta y cuatro (34) adultos mayores beneficiarios de la Fundación Hogar del Adulto Mayor "El Edén" en modalidad Centro de Bienestar del Adulto Mayor, durante los treinta (30) días de ejecución de actividades, desde el día Dos (02) de octubre, hasta el día treinta y uno (31) de octubre de 2024, de acurdo a lo estipulado en el Convenio de asociación No. 176 de 2.024.

Evidencias fotográficas:







ITEM	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD A REALIZAR	VALOR DIARIO/VIAITA	MEDIDA	NUMERO DE ADULTOS MAYORES	NUMERO DE DIAS / VISITA	VALOR TOTAL
8	AUXILAR DE SERVICIOS GENERALES TIEMPO COMPLETO	Auxiliares de servicio, encargados de aseo y lavandería	$51.500,00	UNIDAD	34	30	$1.545.000,00

En visitas realizadas a las instalaciones de la Fundación Hogar del Adulto Mayor "El Edén"; se pudo evidenciar que el contratista cumplió con la prestación de Servicios Generales de aseo y lavandería tiempo completo, durante el período de ejecución de actividades, comprendido del Dos (02) de octubre, hasta el día treinta y uno (31) de octubre de 2024, según lo acordado en el Convenio de asociación N.176 de 2.024.

Evidencias fotográficas








ITEM	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD A REALIZAR	VALOR DIARIO/VIAITA	MEDIDA	NUMERO DE ADULTOS MAYORES	NUMERO DE DIAS / VISITA	VALOR TOTAL
9	ORIENTACION PSICOLOGICA	Atención terapéutica y realización de talleres formativos para promover estilos de vida dignos aumentando la autoestima y bienestar individual de los beneficiarios, incluyendo valorización y/o diagnóstico inicial, actividades de desarrollo para mejorar las condiciones detectadas, seguimiento y/o control a evolución. Con una disponibilidad mínima de 4 horas diarias de acuerdo al cronograma de actividades establecidas en el centro vida	$300.000,00	VISITA	34	4	$1.200.000,00

Mediante visitas realizadas a las instalaciones de la Fundación Hogar del Adulto Mayor "El Edén", se pudo evidenciar que los treinta y cuatro (34) adultos mayores, recibieron Orientación, Atención terapéutica y talleres formativos, dirigidos por un Profesional en Psicología, para promover en los adultos mayores beneficiarios de la modalidad Centro de Bienestar, estilos de vida para fortalecer su salud mental, incluyendo valoración para identificar un diagnóstico inicial, y el desarrollo de actividades que mejoren las condiciones detectadas, realizando seguimiento y/o control a su evolución. El tiempo de duración de cada una de las cuatro (04) actividades, fue de dos horas y media, cumpliendo así con lo pactado en el Convenio de Asociación No. 176 de 2.024.

Evidencias fotográficas:









ITEM	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD A REALIZAR	VALOR DIARIO/VIAITA	MEDIDA	NUMERO DE ADULTOS MAYORES	NUMERO DE DIAS / VISITA	VALOR TOTAL
10	**ATENCION EN DEPORTE, CULTURA Y RECREACION**	Atención recreativa y cultural, actividades físicas y de interacción social, de acuerdo al cronograma de actividades establecidas en el centro vida. Con una disponibilidad mínima de 2 horas diarias de acuerdo con cronograma de actividades establecidas en el centro vida	$150.000	VISITA	34	13	**$1.950.000,00**

Mediante visitas de seguimiento y supervisión a la ejecución de actividades, estipuladas en el convenio de asociación N. 176 de 2.024, se pudo constatar que el contratista, cumplió, al brindar a los Adultos mayores, trece (13) intervenciones de atención recreativa y cultural, actividades físicas y de interacción social, cada una con una duración mínima de 2 horas.

Evidencias fotográficas:







11	**ACTIVIDADES COGNITIVAS Y PRODUCTIVAS**	Atención a actividades cognitivas y productivas a los adultos mayores de acuerdo con cronograma de actividades establecidas en el centro de bienestar del anciano. Con una disponibilidad mínima de 2 horas por visita de acuerdo con cronograma de actividades establecidas en el en el centro de bienestar del anciano	$289.833,00	VISITA	34	9	**$2.608.497,00**

Se pudo constatar que el contratista, cumplió, al brindar a sus treinta y cuatro (34) Adultos mayores beneficiarios del centro de bienestar del adulto mayor, Nueve (09) intervenciones de actividades cognitivas y productivas, cada una con una duración

mínima de 2 horas por visita de acuerdo con cronograma de actividades del **CBA** y según lo establecido en el Convenio de asociación No. 176 de 2.024

Evidencias fotográficas:



APORTE CENTRO DE BIENESTAR

ITEM	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD A REALIZAR	VALOR DIARIO/VIAITA	MEDIDA	NUMERO DE ADULTOS MAYORES	NUMERO DE DIAS / VISITA	VALOR TOTAL
12	APOYO AUXILIAR DE ENFERMERÍA TURNO NOCTURNO	SERVCIO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN: Atención en enfermería para promover estilos de vida saludable, prevención de enfermedades, atención primaria y remisión a los centros de salud cuando sea requerido, cuidados generales de salud. La disponibilidad deberá ser completa en el tiempo de ejecución del convenio durante la noche	$51.500,00	UNIDAD	34	30	$1.545.000,00

Durante el periodo comprendido del Dos (02) de octubre, hasta el día treinta y uno (31) de octubre de 2024, el contratista cumplió con la prestación de Servicio de promoción y prevención: "Atención en enfermería" durante la jornada nocturna, a sus treinta y cuatro (34) adultos mayores usuarios del CBA, de acuerdo a lo establecido en el Convenio de asociación N. 176 de 2.024.

Evidencias fotográficas:







ITEM	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD A REALIZAR	VALOR DIARIO/VIAITA	MEDIDA	NUMERO DE ADULTOS MAYORES	NUMERO DE DIAS / VISITA	VALOR TOTAL
13	AUXILIARES DE SERVICIO GENERALES MEDIO TIEMPO	Auxiliar de servicio adicional encargado de apoyar el servicio de aseo y lavandería	$30.006,58	UNIDAD	34	30	$ 900.197,4

Mediante visitas de seguimiento y supervisión realizadas a la ejecución de actividades del Convenio de asociación N. 176, se pudo evidenciar que el contratista, cumplió, al brindar a sus treinta y cuatro (34) Adultos mayores beneficiarios del centro de bienestar del adulto mayor, servicio adicional encargado de apoyar labores de aseo y lavandería; durante el periodo comprendido del Dos (02) de octubre, hasta el día treinta y uno (31) de octubre de 2024.

Evidencias fotográficas:






a. **OBLIGACIONES GENERALES**:

El Contratista cumplió con las obligaciones generales contempladas en la Cláusula tercera del Convenio de Asociación No.176 -2024.

ASPECTO ADMINISTRATIVO

b. PAGO APORTES A SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA Y ESTAMPILLAS:

Con el fin de acreditar el cumplimiento de los aportes a seguridad social, se allega certificación de encontrarse a paz y salvo en dicha obligación por el periodo correspondiente del DOS (02) DE OCTUBRE AL TREINTA Y UNO (31) DE OCTUBRE DE 2024, anexando las respectivas planillas de donde se logra corroborar el pago de sistema de salud, pensión, riesgos y parafiscales del contratista FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR "EL EDEN"

VERIFICACION

MARTHA YOLANDA MURCIA BELTRAN. DIRECCIÓN TECNICA





Se certifica que en la fecha 16/10/2024, la empresa FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR, con documento de identificación NI890205168, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado MURCIA BELTRAN MARTHA YOLANDA, con CC 28411454, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N890903790	14-11	ARL SURA
AFP	N900336004	25-14	COLPENSIONES
EPS	N900156264	EPS037	NUEVA EPS
CCF	N890201578	CCF40	COMFENALCO SANTANDER
SENA	N899999034	PASENA	SENA
ICBF	N899999239	PAICBF	ICBF

SILVIA ROSA BUENO PARRA. MANIPULADOR DE ALIMENTOS





Se certifica que en la fecha 16/10/2024, la empresa FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR, con documento de identificación NI890205168, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado BUENO PARRA SILVIA ROSA, con CC 28097607, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N890903790	14-11	ARL SURA
AFP	N900336004	25-14	COLPENSIONES
EPS	N900156264	EPS037	NUEVA EPS
CCF	N890201578	CCF40	COMFENALCO SANTANDER
SENA	N899999034	PASENA	SENA
ICBF	N899999239	PAICBF	ICBF

DIANA RAQUEL CARRIZOZA LEÓN. AUXILIAR SERVICIOS GENERALES





Se certifica que en la fecha 16/10/2024, la empresa FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR, con documento de identificación NI890205168, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado CARRIZOSA LEON DIANA RAQUEL, con CC 37707988, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N890903790	14-11	ARL SURA
AFP	N800224808	230301	PORVENIR
EPS	N900156264	EPS041	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD
CCF	N890201578	CCF40	COMFENALCO SANTANDER
SENA	N899999034	PASENA	SENA
ICBF	N899999239	PAICBF	ICBF

MARTHA JULIANA PINTO ALVAREZ. NUTRICION.

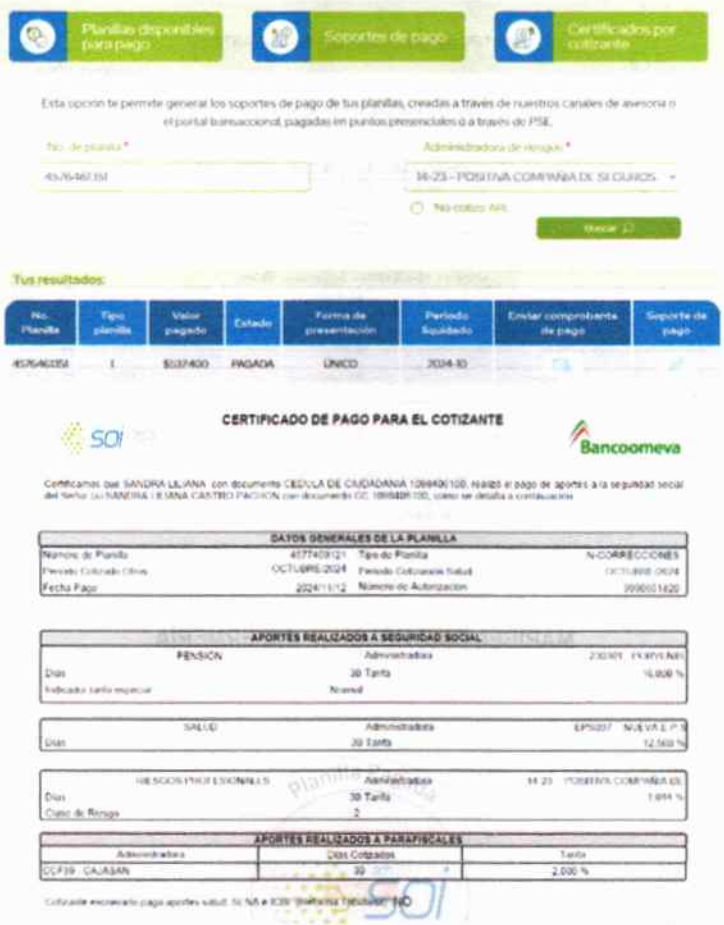




Se certifica que en la fecha 08/10/2024, la empresa TRAMITES JURIDICOS JPS, con documento de identificación NI901758797, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado PINTO ALVAREZ MARTHA JULIANA, con CC 53103669, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR
AFP	N800224808	230301	PORVENIR
EPS	N800251440	EPS005	EPS SANITAS
CCF	N860045904	CCF26	COMFACUNDI

SANDRA LILIANA CASTRO PACHÓN. ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL


Planillas disponibles para pago

Soportes de pago

Certificados por cotizante

Esta opción te permite generar los soportes de pago de tus planillas, creadas a través de nuestros canales de asesoría o el portal transaccional, pagadas en puntos presenciales o a través de PSE.

No. de planilla *

45764635I

Administradora de riesgos *

14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

No cotizo ARL

Buscar

Tus resultados:

No. Planilla	Tipo planilla	Valor pagado	Estado	Forma de presentación	Periodo liquidado	Enviar comprobante de pago	Soporte de pago
45764635I	I	$137400	PAGADA	UNICO	2024-10		

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que SANDRA LILIANA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1098409100, realizó el pago de aportes a la seguridad social del(la) cotizante SANDRA LILIANA CASTRO PACHON con documento CC 1098409100, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Numero de Planilla	45764635I	Tipo de Planilla	N-CORRECCIONES
Periodo Cotizado Obligatorio	OCTUBRE 2024	Periodo Cotizacion Salud	OCTUBRE 2024
Fecha Pago	2024/11/12	Numero de Autorizacion	3990051620

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSION	Administradora	230301 - PORVENIR	
Dias	30 Tarifa	16.000 %	
Indicador tarifa especial	Normal		
SALUD	Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S.	
Dias	30 Tarifa	12.500 %	
RIESGOS PROFESIONALES	Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE	
Dias	30 Tarifa	1.044 %	
Clase de Riesgo	2		

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES		
Administradora	Dias Cotizados	Tarifa
CCF39 - CAJASAN	30	2.000 %

Cotizante encontrado pago aportes salud: SI, NA a ICBF: [illegible] NO

ROSA ANGELICA POLO SANDOVAL. CC 1098409288. ACTIVIDADES COGNITIVAS Y PRODUCTIVAS


ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO
Periodo Pensión: 2024-10
Periodo Salud : 2024-10

Se certifica que en la fecha 2024-10-28 la empresa ROSA ANGELICA POLO SANDOVAL con documento de identificacion CC 1098409288 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante POLO SANDOVAL ROSA ANGELICA identificado con CC-1098409288, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-1098409288	ROSA ANGELICA POLO SANDOVAL

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
91396232	I	2024-10-28	0.01044

Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Dias
AFP	800229739	230201	PROTECCION (900144-PROTECCION)	30
EPS	900156264	EPS041	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. EPS5	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30

Página 1 14-11-2024 10:50 AM

LEYDI FABIOLA MANRIQUE SANABRIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL O EDUCACIÓN FISICA.

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que LEIDY FABIOLA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1095458417, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) LEIDY FABIOLA MANRIQUE SANABRIA con documento CC 1095458417, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7942224715	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	OCTUBRE/2024	Periodo Cotización Salud	OCTUBRE/2024
Fecha Pago	2024/10/28	Número de Autorización	101031501 0

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	I		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

MARIBEL DIAZ HOLGUÍN. ENFERMERÍA



enlace

SuAporte | CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha creación: 2024-10-16, 11:15:40 a. m.
Tipo Planilla: E
Número Planilla: 7301369
Periodo Cotización: 202409
Periodo Aportes: 202410

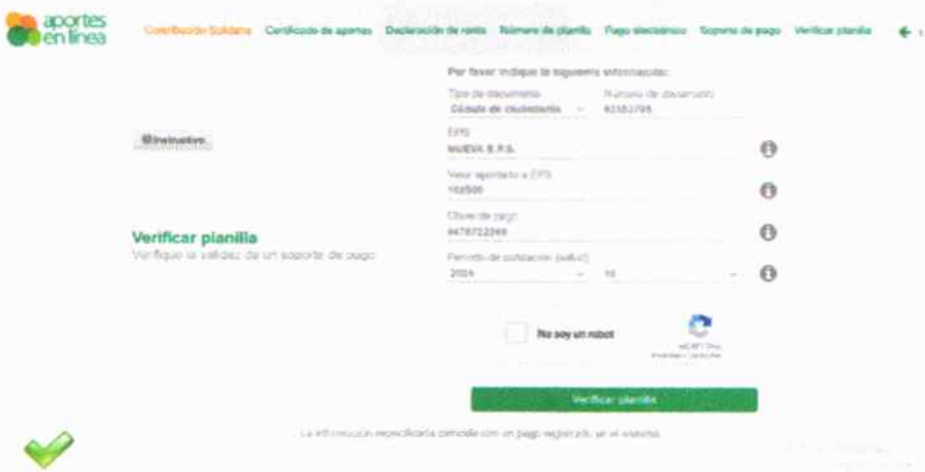
PAGADA 2024-10-16 16:35:13.0 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 16/10/2024, la empresa FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR, con documento de identificación N890520516 8, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado DIAZ HOLGUIN MARIBEL , con CC 1234340192, dirigido a las siguientes entidades:

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N8909037 90	14-11	ARL SURA
AFP	N8000227 940	231001	COLFONDOS
EPS	N9001562 64	EPS037	NUEVA EPS
CCF	N8902015 78	CCF40	COMFENALCO SANTANDER
SENA	N8999990 34	PASENA	SENA
ICBF	N8999992 39	PAICBF	ICBF

APORTE ESAL.

LUZ FABIOLA HERRERA REYES. AUXILIAR EN ENFERMERÍA TURNO NOCTURNO



LUZ YANETH PINZON DIAZ. AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES MEDIO TIEMPO





Se certifica que en la fecha 16/10/2024, la empresa FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR, con documento de identificación N8902051 68, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado PINZON DIAZ LUZ YANETH, con CC 37746565, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admón	Nit	Código	Nombre
ARP	N8909039799	14-11	ARL SURA
AFP	N900336004	25-14	COLPENSIONES
EPS	N900156264	EPS037	NUEVA EPS
CCF	N8902201578	CCF45	COMFENALCO SANTANDER
SENA	N8999999034	PASENA	SENA
ICBF	N8999999239	PAICBF	ICBF

NÚMERO DE RECIBO DE ESTAMPILLA:	2502400603192
FECHA DE PAGO ESTAMPILLA:	06/11/2024

FACTURA O CUENTA DE COBRO	FACTURA	FE No. 476
NÚMERO DE PAGO A REALIZAR:	PARCIAL	
VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO	CUARENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS PESOS ($46'618.500,00) M/CTE	

2. SEGUIMIENTO ECONOMICO Y FINANCIERO:

ASPECTO FINANCIERO - RELACIÓN DE BALANCE CONTRACTUAL		
VALOR DEL CONVENIO:	$92.917.500,00	
ADICIONAL NUMERO 1	NA	
VALOR CANCELADO		$ 000.000.00
VALOR A CANCELAR EN LA PRESENTE ACTA		$46.618.500,00
SALDO POR EJECUTAR:		$46.299.000,00
SUMAS IGUALES:	$92.917.500,00	$92.917.500,00

OBSERVACIONES ADICIONALES A LA PRESENTE ACTA:

- La ejecución del contrato se realizó dentro de los parámetros legales y cumpliendo las obligaciones pactadas en el mismo por las partes, desarrollándose las actividades de acuerdo con lo programado y los requerimientos legales para tal fin cumpliendo a cabalidad el objeto contractual.
- El contratista ha desarrollo de manera correcta la ejecución del objeto contractual, desde la firma del acta de inicio hasta lo que va ejecutado del contrato.
- Que, de conformidad con lo anterior, el suscrito, en calidad de supervisor del Convenio **CERTIFICA** que se cumplió a cabalidad con las condiciones pactadas en el CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. 176 de 2024 y se autoriza el pago ***Parcial No.1*** del convenio, correspondiente a los valores pactados y anteriormente descritos

Una vez avalada la ejecución del periodo y revisados los documentos del contratista, este se somete al turno de pago, tal como lo establece el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 y el Manual Interno de Contratación.

En constancia se firma la presente acta por el Supervisor, a los veintisiete (27) días del mes de noviembre de dos mil veinticuatro (2024) en el Municipio de Charalá, Santander

Supervisor,

YADIR FERNANDO PORRAS LARROTTA
Secretario De Bienestar Social

ESTE DOCUMENTO ES PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE CHARALÁ, SANTANDER

SuAporte | CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha creación: 2024-11-12, 06:32:35 p. m. **Tipo Planilla:** E **Número Planilla:** 73813899

Periodo Cotización: 202409 **Periodo Servicio:** 202410

PAGADA 2024-10-16 18:35:13.0 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 16/10/2024, la empresa FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR, con documento de identificación NI890205168, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado MURCIA BELTRAN MARTHA YOLANDA, con CC 28411454, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N890903790	14-11	ARL SURA
AFP	N900336004	25-14	COLPENSIONES
EPS	N900156264	EPS037	NUEVA EPS
CCF	N890201578	CCF40	COMFENALCO SANTANDER
SENA	N899999034	PASENA	SENA
ICBF	N899999239	PAICBF	ICBF

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SuAporte | CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha creación: 2024-11-14, 04:16:24 p. m. **Tipo Planilla:** E **Número Planilla:** 73813899

Periodo Cotización: 202409 **Periodo Servicio:** 202410

PAGADA 2024-10-16 18:35:13.0 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 16/10/2024, la empresa FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR, con documento de identificación NI890205168, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado BUENO PARRA SILVIA ROSA, con CC 28097607, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N890903790	14-11	ARL SURA
AFP	N900336004	25-14	COLPENSIONES
EPS	N900156264	EPS037	NUEVA EPS
CCF	N890201578	CCF40	COMFENALCO SANTANDER
SENA	N899999034	PASENA	SENA
ICBF	N899999239	PAICBF	ICBF

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SuAporte | CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha creación: 2024-11-14, 04:21:49 p. m. **Tipo Planilla:** E **Número Planilla:** 73813899

Periodo Cotización: 202409 **Periodo Servicio:** 202410

PAGADA 2024-10-16 18:35:13.0 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 16/10/2024, la empresa FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR, con documento de identificación NI890205168, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado CARRIZOSA LEON DIANA RAQUEL, con CC 37707988, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N890903790	14-11	ARL SURA
AFP	N800224808	230301	PORVENIR
EPS	N900156264	EPS041	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD
CCF	N890201578	CCF40	COMFENALCO SANTANDER
SENA	N899999034	PASENA	SENA
ICBF	N899999239	PAICBF	ICBF

Enlace Operativo, Linea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SuAporte | CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha creación: 2024-11-14, 03:48:07 p. m. **Tipo Planilla:** E **Número Planilla:** 73677545

Periodo Cotización: 202409 **Periodo Servicio:** 202410

PAGADA 2024-10-08 22:24:34.0 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 08/10/2024, la empresa TRAMITES JURIDICOS JPS, con documento de identificación NI901758797, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado PINTO ALVAREZ MARTHA JULIANA, con CC 53103669, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR
AFP	N800224808	230301	PORVENIR
EPS	N800251440	EPS005	EPS SANITAS
CCF	N860045904	CCF26	COMFACUNDI

Enlace Operativo, Linea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellin: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que SANDRA LILIANA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1098406100, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) SANDRA LILIANA CASTRO PACHON con documento CC 1098406100, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4577459121	Tipo de Planilla	N-CORRECCIONES
Periodo Cotizado Otros	OCTUBRE/2024	Periodo Cotización Salud	OCTUBRE/2024
Fecha Pago	2024/11/12	Número de Autorización	9990651820

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	1,044 %
Clase de Riesgo	2		

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES		
Administradora	Días Cotizados	Tarifa
CCF39 - CAJASAN	30	2,000 %

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2024-10
Período Salud : 2024-10

Se certifica que en la fecha 2024-10-28 la empresa ROSA ANGELICA POLO SANDOVAL con documento de identificación CC 1098409288 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante POLO SANDOVAL ROSA ANGELICA identificado con CC-1098409288, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-1098409288	ROSA ANGELICA POLO SANDOVAL

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
31396232	I	2024-10-28	0,01044

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800229739	230201	PROTECCION (ING+PROTECCION)	30
EPS	900156264	EPS041	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. EPSS	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que LEIDY FABIOLA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1095458417, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) LEIDY FABIOLA MANRIQUE SANABRIA con documento CC 1095458417, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7942224715	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	OCTUBRE/2024	Periodo Cotización Salud	OCTUBRE/2024
Fecha Pago	2024/10/28	Número de Autorización	1010315010

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

SuAporte | CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha creación: 2024-11-14, 11:15:46 a. m. **Tipo Planilla:** E **Número Planilla:** 73813899

Periodo Cotización: 202409 **Periodo Servicio:** 202410

PAGADA 2024-10-16 18:35:13.0 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 16/10/2024, la empresa FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR, con documento de identificación NI890205168, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado DIAZ HOLGUIN MARIBEL , con CC 1234340192, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N890903790	14-11	ARL SURA
AFP	N800227940	231001	COLFONDOS
EPS	N900156264	EPS037	NUEVA EPS
CCF	N890201578	CCF40	COMFENALCO SANTANDER
SENA	N899999034	PASENA	SENA
ICBF	N899999239	PAICBF	ICBF

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

LUZ FABIOLA HERRERA REYES

aportes en línea

Contribución Solidaria | Certificado de aportes | Declaración de renta | Número de planilla | Pago electrónico | Soporte de pago | Verificar planilla

Instructivo

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía
Número de documento: 63553795

EPS: NUEVA E.P.S.

Valor aportado a EPS: 162500

Clave de pago: 9476722249

Periodo de cotización (salud): 2024 / 10

No soy un robot

reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla

La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

SuAporte | CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha creación: 2024-11-14, 11:51:04 a. m. **Tipo Planilla:** E **Número Planilla:** 73813899

Periodo Cotización: 202409 **Periodo Servicio:** 202410

PAGADA 2024-10-16 18:35:13.0 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 16/10/2024, la empresa FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR, con documento de identificación NI890205168, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado PINZON DIAZ LUZ YANETH, con CC 37746565, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N890903790	14-11	ARL SURA
AFP	N900336004	25-14	COLPENSIONES
EPS	N900156264	EPS037	NUEVA EPS
CCF	N890201578	CCF40	COMFENALCO SANTANDER
SENA	N899999034	PASENA	SENA
ICBF	N899999239	PAICBF	ICBF

Enlace Operativo, Linea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellin: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ACTA DE VISITA No 002

FECHA: 31 de octubre de 2024. **HORA: 10:00 am. LUGAR:** Instalaciones Centro de Bienestar del Adulto Mayor el Edén.

FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA VISITA: DR. YADIR FERNANDO PORRAS LARROTTA

CARGO: SECRETARIO DE BIENESTAR SOCIAL

QUIEN RECIBE LA VISITA: ANDREA REYES

OBJETIVO:

VERIFICAR Y CONSTATAR EN EL SITIO, LA EXISTENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE REFIRIRERON POR LA REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR EL EDEN, TENIENDO EN CUENTA EL CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. 176.

PUES BIEN, EN CUMPLIMIENTO DE MIS FUNCIONES OTORGADAS MEDIANTE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL CONVENIO EN MENCIÓN, PROCEDO DE CONFORMIDAD

1. **HALLAZGOS**

SE PUDO CONSTATAR QUE, LOS 34 ADULTOS MAYORES RELACIONADOS EN EL LISTADO DE BENEFICIARIOS DEL CBA, ENTREGADO POR LA REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR EL EDEN, SE ENCUENTRAN ALLÍ RECIBIENDO LA ATENCIÓN ESTIPULADA.

COMO CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, A CONTINUACIÓN, RELACIONO LAS FOTOS CON LOS CORRESPONDIENTES NOMBRES DE CADA UNO DE LOS ADULTOS MAYORES:

1. ALFREDO LANCHEROS	2. ANA DOLORES RODRÍGUEZ	3. ANTONIO MARÍA GOMEZ PORRAS	4. ANA ADELINA RANGEL MONSALVE
			

5. BLANCA BAUTISTA 	6. MARÍA EUGENIA PICO 	7. TERESA GRASS PICO 	8. CARLOS JULIO AMAYA 
9. CELESTINO SANTAMARIA BUENAHORA 	10. PACIFICO MENDEZ 	11. MARÍA ABIGAIL AMADOR RIOS 	12. GENARO MAYORGA 
13. MARÍA DE JESÚS MARÍN 	14. MARCO ANTONIO PICO PARRA 	15. MARÍA AURORA VELASQUEZ 	16. ROSALBINA HIGUERA BAYONA 
17. RITO ANTONIO URIBE 	18. JOSE ANTONIO GALLO 	19. DANIEL DUEÑAS CASTRO 	20. REIMUNDO CASTILLO CURUBO 

21. MARÍA DE JESÚS RINCÓN	**22.PABLO ANTONIO PINTO**	**23. MARCO ANTONIO PINZON MANRRIQUE**	**24. EDUARDO SANTOS MENDÉZ**
			
25. GERARDO ANTONIO SOLANO MUÑOZ	**26. LUIS ALEJANDRO ESTEVEZ CESPEDES**	**27. MARÍA DEL ROSARIO SUAREZ SEPULVEDA**	**28. DELIA MÉNDEZ CASTRO**
			
29. ELENA PINTO FIGUEROA	**30. GILBERTO GUALDRON CALA**	**31. ARCADIO BAUTISTA LOPEZ**	**32. EDUVIGIS BARON DE CASTILLO**
			

33. MARCO AURELIO LUNA	34. MONICA SAOSA DE MEZA		
			

Como constancia de lo anterior, a continuación, firman los que en ella intervinieron:

YADIR FERNANDO PORRAS LARROTTA
SECRETARIO DE BIENESTAR SOCIAL
ALCALDÍA CHARALÁ

Andrea Juliana Reyes Silva
ANDREA JULIANA REYES SILVA
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR EL EDÉN

Proyectó: Liliana A. Gómez Gutiérrez	Cargo: Profesional Universitario SBS	Firma:
Revisó y Aprobó: Yadir Fernando Porras Larrotta	Cargo: Secretario de Bienestar Social	Firma:
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas y/o presupuestales (según corresponda) vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma		

ACTA DE PAGO PARCIAL No. 1			
TIPO DE CONTRATACIÓN:	CONVENIO DE ASOCIACIÓN		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR "EL EDEN"		
IDENTIFICACIÓN:	NIT 890.205.168-9		
SUPERVISOR – CARGO:	YADIR FERNANDO PORRAS LARROTTA– SECRETARIO DE BIENESTAR SOCIAL		
NÚMERO DE CONVENIO:	176 DE 2024		
FECHA DE CONTRATO:	VEINTICUATRO (24) DE SEPTIEMBRE DE 2024		
OBJETO:	AUNAR ESFUERZOS PARA LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE CHARALÁ SANTANDER, EN MODALIDAD CENTRO DE BIENESTAR EL ANCIANO		
TERMINO DE DURACIÓN:	SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO, PLAZO QUE SERÁ CONTADO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBA EL ACTA DE INICIO.		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	NOVENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS ($97.807.895,00) M/CTE		
	APORTE DEL MUNICIPIO	NOVENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS PESOS ($92.917.500,00) M/CTE	
	APORTE ESAL	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS ($4.890.395,00) M/CTE	
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL INICIAL:	0911001 11/09/2024	**REGISTRO PRESUPUESTAL INICIAL:**	0924003 24/09/2024
RUBRO PRESUPUESTAL AFECTADO:	2.3.2.02.02.009.41.04.008.01 SERVICIO DE ATENCION Y PROTECCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR 30% 2.3.2.02.02.009.41.04.008.03 SERVICIO DE ATENCION Y PROTECCIÓN INTEGRAL A ADULTO MAYOR 2.3.2.02.02.009.41.04.008.03 SERVICIO DE ATENCION Y PROTECCIÓN INTEGRAL A ADULTO MAYOR		
FORMA DE PAGO:	DESEMBOLSOS PARCIALES, previa presentación de informe de supervisor donde se acredite el cumplimiento de las obligaciones del convenio a su cargo, la aplicación y uso de los recursos públicos. Para proceder al desembolso se debe contar con certificado del supervisor en el cual se manifieste que después de verificar documental y materialmente el cumplimiento del convenio, recibe a satisfacción e cumplimiento del mismo.		
FECHA DE INICIO DE CONTRATO:	DOS (02) DE OCTUBRE DE 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO:	TREINTA (30) DE NOVIEMBRE DE 2024		

VALOR ADICIONAL:		N/A	
PLAZO ADICIONAL:		N/A	
FECHA DE TERMINACION CON ADICION:		N/A	
N.° Y FECHA CDP ADICIONAL	N/A	N/A	N/A
N.° Y FECHA DE RP ADICIONAL	N/A	N/A	N/A

En Charalá, Santander, se reunieron: **JORGE WILMAR VEGA ROJAS,** Alcalde municipal, el Dr. **YADIR FERNANDO PORRAS LARROTTA – SECRETARIO DE BIENESTAR SOCIAL**, *en calidad de supervisor del Convenio de* Asociación N.° **176 DE 2024** y **FUNDACION HOGAR DEL ADULTO MAYOR "EL EDEN",** con NIT 890.205.168-9, representado legalmente por **MARTHA YOLANDA MURCIA BELTRAN,** identificada con cedula de ciudadanía No. 28.411.454 expedida en Simacota, Santander, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de suscribir la presente **ACTA DE PAGO PARCIAL No. 1** teniendo en cuenta las siguientes:

CONSIDERACIONES

1. Que el contratista a la fecha cumplió con cada una de las actividades estipuladas en el Convenio de Asociación No. 176 DE 2024 según informe parcial de ejecución de actividades del contratista, anexo.
2. Que, en este orden de ideas, se requiere realizar el **PAGO PARCIAL No. 1** al contratista.
3. Que el contratista anexa copia del pago de seguridad social (Salud, Pensión, Riesgos Profesionales) correspondiente al mes de OCTUBRE de 2024, de conformidad con el Decreto N° 1273 del 23 de Julio de 2018 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social (pago mes vencido).

RELACIÓN DE BALANCE CONTRACTUAL

VALOR DEL CONVENIO:	$92.917.500,00	
ADICIONAL NUMERO 1	NA	
VALOR CANCELADO		$ 000.000.00
VALOR A CANCELAR EN LA PRESENTE ACTA		$46.618.500,00
SALDO POR EJECUTAR:		$46.299.000,00
SUMAS IGUALES:	$92.917.500,00	$92.917.500,00

Recibir a satisfacción del Municipio las actividades desarrolladas en el Convenio de Asociación No. **176 de 2024** durante el periodo de ejecución comprendido entre el **DOS (02) DE OCTUBRE AL TREINTA Y UNO (31) DE OCTUBRE DE 2024,** en el cual prestó los servicios de conformidad a lo pactado en el mismo, acorde con el informe de cumplimiento que forma parte integral de la presente acta.

Los abajo firmantes dejan constancia que los requisitos para el pago están cumplidos, para ello se procedió a verificar y aprobar por parte del supervisor el primer informe parcial presentado por el contratista, así como el cumplimiento de los aportes al sistema integral de seguridad social

Con el anterior Balance, el **MUNICIPIO DE CHARALÀ** procederá a pagar con base a factura presentada la suma de: **CUARENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS PESOS ($46.618.500,00) M/CTE.**

Los cuales se podrán cobrar ante la Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces, anexando los documentos establecidos para este trámite y que son de conocimiento del contratista, así mismo se somete al turno en el pago tal como lo establece el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 y el Manual Interno de Contratación.

En constancia se firma la presente acta por el Supervisor, a los veintisiete (27) días de noviembre de dos mil veinticuatro (2024) en el Municipio de Charalá, Santander

Supervisor

YADIR FERNANDO PORRAS LARROTTA
SECRETARIO DE BIENESTAR SOCIAL

Contratista

MARTHA YOLANDA MURCIA BELTRAN
Representante Legal. FUN EL EDEN
C.C. No. 28.411.454 de Simacota
CALLE 25 11 PAR
fun_hogaradultomayoreleden@hotmail.com

Por el ordenador del gasto

JORGE WILMAR VEGA ROJAS
ALCALDE MUNICIPAL

ESTE DOCUMENTO ES PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE CHARALÁ, SANTANDER