

|                                                                                   |                                                    |                                               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | ALCALDÍA MUNICIPAL DE ONZAGA<br>NIT: 890.208.148-5 |                                               |  |
|                                                                                   | ACTA DE<br>PAGO<br>PARCIAL                         | SECRETARÍA DE LA PROTECCION<br>SOCIAL Y SALUD |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                    | PÁGINA 1 de 4                                 |                                                                                     |

**ACTA DE PAGO PARCIAL No 01**  
**CONVENIO DE ASOCIACIÓN**  
**SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE ONZAGA- SANTANDER**  
**Y LA FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO**  
**ONZAGA - FUNZAHOGAR RONCANCIO**

| DATOS BÁSICOS DEL CONVENIO                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                      |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>CONTRATISTA:</b> FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO<br>ONZAGA - FUNZAHOGAR RONCANCIO                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                      |                                    |
| <b>IDENTIFICACIÓN O NIT:</b> 890.208.793-6                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                      |                                    |
| <b>REPRESENTANTE LEGAL:</b> FLOR ELVA SAAVEDRA OCHOA                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      |                                    |
| <b>IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:</b> C.C 1.100.812.626 DE ONZAGA                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                      |                                    |
| <b>SUPERVISOR O INTERVENTOR:</b> LAURA NATALIA MAYORGA MANRIQUE<br>SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD.                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                      |                                    |
| <b>NUMERO DE CONTRATO:</b> 051 DE 2025                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                      | <b>FECHA:</b> 11 DE ABRIL DEL 2025 |
| <b>TIPO DE CONTRATO:</b> CONVENIO DE ASOCIACIÓN                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |                                    |
| <b>OBJETO:</b> "CONVENIO DE ASOCIACION ENTRE EL MUNICIPIO DE ONZAGA Y UNA ESAL PARA AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA FORTALECER EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, BRINDANDO AL CENTRO DE BIENESTAR, LA ATENCION INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO". |                                                                                                                                                                                                      |                                    |
| <b>DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                      | 25-00123                                                                                                                                                                                             | <b>FECHA:</b> 03 de abril de 2025  |
| <b>REGISTRO PRESUPUESTAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                            | 25-00243                                                                                                                                                                                             | <b>FECHA:</b> 11 de abril de 2025  |
| <b>RUBRO PRESUPUESTAL AFECTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                      | 2.3.2.02.02.009.41.4104008B - SERVICIOS DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR 30% CENTRO DE BIENESTAR ADULTO MAYOR SGPPROPOSITO GENERAL-LIBRE DESTINACION MUNICIPIOS CATEGORIAS 4, 5 Y 6 |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008 SERVICIOS DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR - ESTAMPILLAS                                                                                            |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008B- SERVICIOS DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR 30% CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR - R.B. ESTAMPILLAS                                            |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2.3.2.02.02.009.41.4104008B - SERVICIOS DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR 30% CENTRO DE BIENESTAR ADULTO MAYOR 4, OTRAS TRANSFERENCIAS DE CAPITAL                                    |                                    |

|                                                                                                 |                                     |                                                            |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>FECHA:</b>                                                                                   | <b>ELABORÓ:</b> Municipio de Onzaga | <b>REVISÓ:</b> Comité Institucional de Gestión y Desempeño | <b>APROBÓ:</b> Comité Institucional de Gestión y Desempeño |
| <b>Carrera 2 # 4-37 / Código Postal: 682521</b><br><b>despachocalde@onzaga-santander.gov.co</b> |                                     |                                                            |                                                            |

|                                                                                   |                                                    |                                               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | ALCALDÍA MUNICIPAL DE ONZAGA<br>NIT: 890.208.148-5 |                                               |  |
|                                                                                   | ACTA DE<br>PAGO<br>PARCIAL                         | SECRETARÍA DE LA PROTECCIÓN<br>SOCIAL Y SALUD |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                    | PÁGINA 2 de 4                                 |                                                                                     |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PÓLIZA               | <b>NUMERO:</b> 14-44-101233775<br><br><b>ASEGURADORA:</b> Seguros del Estado S.A.<br><br><b>VIGENCIA:</b> DESDE: 11-04 - 2025<br>HASTA: 15-01- 2026<br><br><b>SUFICIENCIA:</b> \$ 26.830.714,14                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| FORMA DE PAGO        | EL MUNICIPIO pagará al CONTRATISTA el valor del convenio de acuerdo con su disponibilidad presupuestal, mediante dos (2) pagos mensuales por valor de TREINTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CUARENTA Y SEIS CENTAVOS (\$34.398.351,46) M/CTE y un pago por el mismo valor a la terminación del contrato de acuerdo con los informes que presente al supervisor del convenio y una vez legalizada la obligación contraída.                   |
| TERMINO DE DURACIÓN  | NOVENTA Y DOS (92) DIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| FECHA DE INICIO      | VEINTITRES (23) DE ABRIL DE 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| FECHA DE TERMINACIÓN | VEINTITRES (23) DE JULIO DE 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| SEGURIDAD SOCIAL     | CUMPLE : SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                      | NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| VALOR DEL CONTRATO   | CIENTO TREINTA Y CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS CON SETENTA Y DOS CENTAVOS (\$134.153.570,72), DE LOS CUALES EL MUNICIPIO DE ONZAGA APORTARÁ EN DINERO LA SUMA DE CIENTO TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON CUARENTA CENTAVOS (\$103.195.054,40) M/CTE, Y LA ESAL APORTARÁ EN ESPECIE LA SUMA DE TREINTA MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS CON TREINTA Y DOS CENTAVOS (\$30.958.516,32) |

|                                                                                     |                              |                                                     |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA:                                                                              | ELABORÓ: Municipio de Onzaga | REVISÓ: Comité Institucional de Gestión y Desempeño | APROBÓ: Comité Institucional de Gestión y Desempeño |
| Carrera 2 # 4-37 / Código Postal: 682521<br>despachoalcalde@onzaga-santander.gov.co |                              |                                                     |                                                     |

|                                                                                  |                                                    |                                               |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | ALCALDÍA MUNICIPAL DE ONZAGA<br>NIT: 890.208.148-5 |                                               |  |
|                                                                                  | ACTA DE<br>PAGO<br>PARCIAL                         | SECRETARÍA DE LA PROTECCION<br>SOCIAL Y SALUD |                                                                                    |
|                                                                                  |                                                    | PÁGINA 3 de 4                                 |                                                                                    |

En el Municipio de Onzaga, Santander, se reunieron **LAURA NATALIA MAYORGA MANRIQUE** secretaria de Protección Social y Salud en su calidad de supervisor del **CONVENIO DE ASOCIACIÓN 051 DE 2025**, y por otra parte **FLOR ELVA SAAVEDRA OCHOA**, identificada con C.C 1.100.812.626 DE ONZAGA, en calidad de representante legal de la **FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO ONZAGA - FUNZAHOGAR RONCANCIO** Identificada con NIT. 890.208.793-6 en calidad de contratista, con el fin de suscribir la presente **ACTA DE PAGO PARCIAL NÚMERO 01** previa las siguientes consideraciones:

1. Que la contratista presentó informe de actividades correspondientes al **periodo comprendido entre el 23 de abril al 22 de mayo**, tiempo establecido para el primer pago del **CONVENIO DE ASOCIACIÓN 051 DE 2025**
2. Que el supervisor ha elaborado el respectivo informe de supervisión y/o interventoría correspondiente al periodo que se pretende pagar, donde se evidencia el cumplimiento de las obligaciones contratadas.
3. Que el supervisor hace constar que el contratista ha cumplido con el deber del pago de seguridad social con base en los documentos presentados por el contratista.
4. Que es viable realizar el pago parcial No. 1 por la suma de **TREINTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CUARENTA Y SEIS CENTAVOS (\$34.398.351,46) M/CTE**

**POR LO ANTERIOR, LAS PARTES ACUERDAN**

**PRIMERO:** Continuar con la ejecución del objeto del presente **CONVENIO DE ASOCIACIÓN 051 DE 2025**. Así como proceder al pago parcial correspondiente, de acuerdo con los siguientes pormenores:

| BALANCE ECONOMICO                       |                         |                         |
|-----------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>VALOR DEL CONVENIO</b>               |                         | <b>\$134.153.570,72</b> |
| <b>Valor Aportado por el Municipio</b>  |                         | <b>\$103.195.054,40</b> |
| <b>Valor Aportado por la Fundación</b>  |                         | <b>\$30.958.516,32</b>  |
| <b>Valor acata de pago N.º 01</b>       | <b>\$34.398.351,46</b>  |                         |
| <b>Aportes de la Fundación 1</b>        | <b>\$ 10.319.505,45</b> |                         |
| <b>Saldo por ejecutar por Municipio</b> | <b>\$ 68.796.702,94</b> |                         |

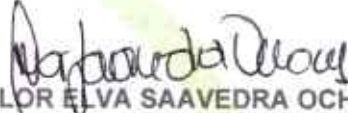
|                                                                                                   |                                     |                                                            |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>FECHA:</b>                                                                                     | <b>ELABORÓ:</b> Municipio de Onzaga | <b>REVISÓ:</b> Comité Institucional de Gestión y Desempeño | <b>APROBÓ:</b> Comité Institucional de Gestión y Desempeño |
| <b>Carrera 2 # 4-37 / Código Postal: 682521</b><br><b>despachoalcalde@onzaga-santander.gov.co</b> |                                     |                                                            |                                                            |

|                                                                                   |                                                    |                                               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | ALCALDÍA MUNICIPAL DE ONZAGA<br>NIT: 890.208.148-5 |                                               |  |
|                                                                                   | ACTA DE<br>PAGO<br>PARCIAL                         | SECRETARÍA DE LA PROTECCIÓN<br>SOCIAL Y SALUD |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                    | PÁGINA 4 de 4                                 |                                                                                     |

|                                  |                  |                  |
|----------------------------------|------------------|------------------|
| Saldo de aportes de la Fundación | \$ 20.639.010,91 |                  |
| SUMAS IGUALES                    | \$134.153.570,72 | \$134.153.570,72 |

En constancia de lo anterior se firma en el **MUNICIPIO DE ONZAGA** Santander a los (28) días del mes de mayo de 2025.

  
**LAURA NATALIA MAYORGA MANRIQUE**  
Secretaría de Protección Social y Salud.  
Supervisor.

  
**FLOR ELVA SAAVEDRA OCHOA**  
C.C. 1.100.812.626 DE ONZAGA  
Contratista.

ONZAGA

|                                                                                     |                              |                                                     |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| FECHA:                                                                              | ELABORÓ: Municipio de Onzaga | REVISÓ: Comité Institucional de Gestión y Desempeño | APROBÓ: Comité Institucional de Gestión y Desempeño |
| Carrera 2 # 4-37 / Código Postal: 682521<br>despachoalcalde@onzaga-santander.gov.co |                              |                                                     |                                                     |