ALCALDÍA MUNICIPAL DE OIBA NIT: 890210948-7	CONTROL DOCUMENTAL PARA PAGOS ANTICIPADOS
	Versión.02 Código: F-A-GJC-53

CONTRATISTA / ENTIDAD	NIT
CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA	900.495.707-7
No CONTRATO / CONVENIO	FECHA
154	13-02-2026

DOCUMENTOS	APLICA		PERIODICIDAD	ENCARGADO DE SUMINISTRAR EL DOCUMENTO
	NO	SI		
1. Acta de pagos anticipados		X	Primer Pago	Supervisor
2. Certificación Bancaria		X	Primer Pago	Contratista
3. Factura original (régimen común) Cuenta de Cobro (régimen simplificado)		X	Primer Pago	Contratista
4. Acta de Verificación de pagos anticipados (2 copias)		X	Primer Pago	Supervisor
Recibido Oficina:			**Fecha de Recibido:**	
Stacienda. ESAP			13-03-2026.	

NOTA 1: Es importante tener en cuenta el orden de los documentos. En caso de adiciones presentar los documentos necesarios para su revisión.

NOTA 2 : El desembolso se realizará dentro de los cinco días hábiles después de radicada la cuenta en la Secretaria de Hacienda (En caso de encontrar alguna inconsistencia en los soportes de la respectiva cuentas se retornaran a la oficina gestora para iniciar nuevamente el tramite)

NOTA 3: El Giro se hará mediante transferencia electrónica de la cuenta bancaria a nombre del Municipio de Oiba a la cuenta bancaria del contratista o entidad.

NOTA 4: Es responsabilidad del supervisor verificar la veracidad de la información en la presente control documental de acuerdo a los Art. 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 (supervisión e intervención contractual)

ALCALDÍA MUNICIPAL OIBA SANTANDER
Carrera 7 # 12 - 81 - Código Postal: 683021
Correo electrónico: contáctenos@oiba-santander.gov.co
Página web: www.oiba-santander.gov.co

ACTA DE PAGOS ANTICIPADOS

CONVENIO No:	154
FECHA DEL CONVENIO	13/02/2026
OBJETO:	**AUNAR ESFUERZOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA, EN VIRTUD DE LA LEY 1276 DE 2009, EN EL MUNICIPIO DE OIBA, SANTANDER PARA LA VIGENCIA 2026**
VALOR DEL CONVENIO:	**CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS ($ 472.584.000)**
PLAZO:	EL PLAZO TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ DE **203 DÍAS HÁBILES**, CONTADOS DE LUNES A SÁBADO A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO.
ENTIDAD / CONTRATISTA:	**CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA**
NIT:	**900.495.707-7**
SUPERVISOR:	**CARMEN SOFIA MARTINEZ RIOS**
FECHA DE INICIO:	**17/02/2026**
FECHA DE TERMINACION:	**27/10/2026**

En OIBA, a los tres (03) días del mes de marzo de 2026, en las instalaciones de la ALCALDIA DE OIBA se reunieron, **CARMEN SOFIA MARTINEZ**, en calidad de SUPERVISOR y **ANGELA VICTORIA DIAZ MIRANDA**, representante legal de **CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA**, como Contratista, considerando que se encuentran revisados todos los requisitos de orden legal para hacer el PAGO ANTICIPADO, se suscribe la presente acta.

CONSIDERANDO

1. SOPORTE JURÍDICO:

Que el día diecisiete (17) del mes febrero de 2026 fue aprobada por parte del Municipio la garantía única solicitada en el convenio interadministrativo con los siguientes amparos y vigencias:

Aseguradora: **"COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS SA (SEGUROS MUNDIAL)"**

Nº DE LA POLIZA	*CONCEPTO DEL AMPARO*	*VIGENCIA*	
		DESDE (DÍA, MES, AÑO)	*HASTA (DÍA, MES, AÑO)*
B-100075658	CUMPLIMIENTO	13/02/2026	30/04/2027
B-100075658	BUEN MANEJO DEL ANTICIPO	13/02/2026	30/10/2026
B-100075658	PRESTACIONES SOCIALES	13/02/2026	30/10/2029
B-100075658	CALIDAD DEL SERVICIO	13/02/2026	30/04/2027

ALCALDÍA MUNICIPAL OIBA SANTANDER
Carrera 7 # 12 - 81 - Código Postal: 683021
Correo electrónico: contáctenos@oiba-santander.gov.co
Página web: www.oiba-santander.gov.co

B-100021175	AMPARO BÁSICO - PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	350.181.000,00	350.181.000,00
B-100021175	PATRONAL	350.181.000,00	350.181.000,00
B-100021175	CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	350.181.000,00	350.181.000,00
B-100021175	VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	350.181.000,00	350.181.000,00

Nota: El Supervisor (a) ha verificado que el AMPARO se encuentra vigente.

2. SOPORTE PRESUPUESTAL:

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	Nº DE RUBRO	NOMBRE DEL RUBRO	FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR
CDP	202601270005	27/01/2026	2.3.2.02.02.009.4 1.04.008.01.01	Servicio de atención y protección integral adulto mayor 70% Mpal	1.2.3.1.19.2 Estampillas pro-adulto mayor	210.000.000,00
			2.3.2.02.02.009.4 1.04.008.01.03	Servicio de atención y protección integral adulto mayor 70% Dpto	1.2.3.3.04 otras transferencias corrientes de otras entidades con destinación específica legal del gobierno general	$29.707.426,00
			2.3.2.02.02.009.4 1.04.008.01.05	Servicio de atención y protección integral adulto mayor	1.2.1.0.00 REPR INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION	$ 234.562.488,00
			TOTAL			**$ 474.269.914,00**
RP	202602130001	13/02/2026	2.3.2.02.02.009.4 1.04.008.01.01	Servicio de atención y protección integral adulto mayor 70% Mpal	1.2.3.1.19.2 Estampillas pro-adulto mayor	208.314.086,00
			2.3.2.02.02.009.4 1.04.008.01.03	Servicio de atención y protección integral adulto mayor 70% Dpto	1.2.3.3.04 otras transferencias corrientes de otras entidades con destinación específica legal del gobierno general	$29.707.426,00
			2.3.2.02.02.009.4 1.04.008.01.05	Servicio de atención y protección integral adulto mayor	1.2.1.0.00 repr ingresos corrientes de libre destinación	$ 234.562.488,00
			TOTAL			**$ 472.584.000,00**

3. PAGO ANTICIPADO

Que el pago anticipado acá relacionado se encuentra establecido en la cláusula QUINTA del convenio de asociación No 154 y según como se relaciona a continuación:

DESCRIPCIÓN	VALOR ANTICIPO
% PAGO ANTICIPADO	$94.516.800

ALCALDÍA MUNICIPAL OIBA SANTANDER
Carrera 7 # 12 - 81 - Código Postal: 683021
Correo electrónico: contáctenos@oiba-santander.gov.co
Página web: www.oiba-santander.gov.co

4. BALANCE FINANCIERO:

BALANCE FINANCIERO		
DETALLE	**VALOR ($)**	**VALOR ($)**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$472.584.000,00**	
VALOR A CANCELAR PAGO ANTICIPADO		**$94.516.800,00**
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR		**$378.067.200,00**
TOTAL (SUMAS IGUALES)	**$472.584.000,00**	**$472.584.000,00**

ACUERDAN:

1. Firmar la presente acta de PAGO ANTICIPADO según lo estipulado en la cláusula QUINTA del convenio de asociación No 154 equivalente al 20 % del valor total del convenio de asociación.

2. Autorizar el pago anticipado del 20% pactado en el convenio de asociación, por la suma de: **NOVENTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIECISEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS ($94.516.800) M/CTE.**

3. Impútese el presente pago con cargo a los siguientes documentos y Rubro presupuestal:

   CDP No: 202601270005 del 27/01/2026
   RP No: 202602130001 del 13/02/2026

NUMERO DEL RUBRO	*FUENTE DE FINANCIACIÓN*	*(INICIAL / ADICIONAL)*	*VALOR COMPROMETIDO*	VALOR EJECUTADO	VALOR AFECTADO EN ESTE PAGO	VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR
2.3.2.02.02.009. 41.04.008.01.01 Servicio de atención y protección integral adulto mayor 70% Mpal	1.2.3.1.19.2 Estampillas pro-adulto mayor	*INICIAL*	208.314.086,00	0	94.516.800	113.797.286,00
2.3.2.02.02.009. 41.04.008.01.03 Servicio de atención y protección integral adulto mayor 70% Dpto	1.2.3.3.04 otras transferencias corrientes de otras entidades con destinación específica legal del gobierno general	*INICIAL*	$29.707.426,00	0	0	29.707.426,00
2.3.2.02.02.009. 41.04.008.01.05 Servicio de atención y protección integral adulto mayor	1.2.1.0.00 REPR INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION	*INICIAL*	$ 234.562.488,00	0	0	234.562.488,00

ALCALDÍA MUNICIPAL OIBA SANTANDER
Carrera 7 # 12 - 81 - Código Postal: 683021
Correo electrónico: contáctenos@oiba-santander.gov.co
Página web: www.oiba-santander.gov.co

TOTAL	*472.584.000,00*	0	$94.516.800,00	$378.067.200,00

En aceptación de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron el día tres (03) de marzo de 2026:

SUPERVISOR

CARMEN SOFIA MARTINEZ RIOS
Secretaria local de Salud y Educación

CONTRATISTA

CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA
NIT No. 900.495.707-7
Rep legal Ángela Victoria Diaz Miranda

ALCALDÍA MUNICIPAL OIBA SANTANDER
Carrera 7 # 12 - 81 - Código Postal: 683021
Correo electrónico: contáctenos@oiba-santander.gov.co
Página web: www.oiba-santander.gov.co

Certificado
Bancario

Martes, 3 de febrero de 2026

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA identificado(a) con NIT 900495707, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	79600007973	2024/04/16	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA
NIT 900.495.707-7
CR 26 27 48
Tel: 3158750458 - Ext. undefined
Girón - Colombia
amiranda04@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. SN 79

Señores	MUNICIPIO DE OIBA			**Fecha y hora Factura**	
NIT	890.210.948-7	**Teléfono**	(607) 0000000	**Generación**	18/02/2026, 09:04
Dirección	CL1	**Ciudad**	Girón - Colombia	**Expedición**	18/02/2026, 09:04
				Vencimiento	18/02/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CONVENIO OIBA	1.00	94,156,800.00

Total items: 1

Total Bruto	94,156,800.00
Total a Pagar	94,156,800.00

Valor en Letras:
Noventa y cuatro millones ciento cincuenta y seis mil ochocientos pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Clientes Nacionales - Cuota No. 001 vence el 2026-02-18 por $ 94,156,800.00

Observaciones:
CONVENIO OIBA PAGO ANTICIPADO No. 154 2026

Fabricante Software y Proveedor tecnológico Siigo SAS - NIT 830.046.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Forma electrónica ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764101032701 aprobado en 20251103 prefijo SN desde el número 66 al 1000 Vigencia: 12 Meses Meses**
- Actividad Económica 9499 Actividades de otras asociaciones n.c.p. Tarifa 10
CUFE: bcdc0a1ce6d0fe6847040f02718a7ed20312e6102e6a3a0ab809469e78201b063b3b490541a994997e91576ede8c97fc

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO			
No. DE CONTRATO	154	FECHA DE CONTRATO	13-02-2026
NOMBRE CONTRATISTA	CBA FUNDACIÓN ESPERANZA Y VIDA		
NÚMERO DE CÉDULA o NIT	900.495.707-7		

OBJETO DEL CONTRATO
AUNAR ESFUERZOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA, EN VIRTUD DE LA LEY 1276 DE 2009, EN EL MUNICIPIO DE OIBA, SANTANDER PARA LA VIGENCIA 2026

REGISTROS PRESUPUESTALES Y RUBRO PRESUPUESTAL					
REGISTROS INICIALES			REGISTROS ADICIONALES (SI APLICA)		
CDP - N° y FECHA	202601270005	27/01/2026	CDP - N° y FECHA		
RP - N° y FECHA	202602130001	13/02/2026	RP - N° y FECHA		
RUBRO Y NOMBRE DE RUBRO:	2.3.2.02.02.009.41.04.008.01.01 Servicio de atención y protección integral adulto mayor 70% Mpal 2.3.2.02.02.009.41.04.008.01.03 Servicio de atención y protección integral adulto mayor 70% Dpto 2.3.2.02.02.009.41.04.008.01.05 Servicio de atención y protección integral adulto mayor		RUBRO Y NOMBRE DE RUBRO:		
FUENTE:	1.2.3.1.19.2 Estampillas pro-adulto mayor 1.2.3.3.04 otras transferencias corrientes de otras entidades con destinación especifica legal del gobierno general 1.2.1.0.00 repr ingresos corrientes de libre destinación		FUENTE:		

NOMBRE DEL SUPERVISOR	CARMEN SOFIA MARTINEZ RIOS
CARGO DEL SUPERVISOR	SECRETARIA LOCAL DE SALUD Y EDUCACIÓN
PLAZO DEL CONTRATO	203 DÍAS HÁBILES CONTADOS DE LUNES A SÁBADO A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO
PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO (SI APLICA)	N/A
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	17/02/2026
FECHA DE SUSPENSIÓN (SI APLICA)	N/A
FECHA DE REINICIO (SI APLICA)	N/A

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
No. DE CONTRATO	154		FECHA DE CONTRATO	13-02-2026	
NOMBRE CONTRATISTA	CBA FUNDACIÓN ESPERANZA Y VIDA				
NÚMERO DE CÉDULA o NIT	900.495.707-7				
OBJETO DEL CONTRATO					
AUNAR ESFUERZOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA, EN VIRTUD DE LA LEY 1276 DE 2009, EN EL MUNICIPIO DE OIBA, SANTANDER PARA LA VIGENCIA 2026					
REGISTROS PRESUPUESTALES Y RUBRO PRESUPUESTAL					
REGISTROS INICIALES			REGISTROS ADICIONALES (SI APLICA)		
CDP - N° y FECHA	202601270005	27/01/2026	CDP - N° y FECHA		
RP - N° y FECHA	202602130001	13/02/2026	RP - N° y FECHA		
RUBRO Y NOMBRE DE RUBRO:	2.3.2.02.02.009.41.04.008.01.01 Servicio de atención y protección integral adulto mayor 70% Mpal 2.3.2.02.02.009.41.04.008.01.03 Servicio de atención y protección integral adulto mayor 70% Dpto 2.3.2.02.02.009.41.04.008.01.05 Servicio de atención y protección integral adulto mayor		RUBRO Y NOMBRE DE RUBRO:		
FUENTE:	1.2.3.1.19.2 Estampillas pro-adulto mayor 1.2.3.3.04 otras transferencias corrientes de otras entidades con destinación especifica legal del gobierno general 1.2.1.0.00 repr ingresos corrientes de libre destinación		FUENTE:		

NOMBRE DEL SUPERVISOR	CARMEN SOFIA MARTINEZ RIOS
CARGO DEL SUPERVISOR	SECRETARIA LOCAL DE SALUD Y EDUCACIÓN
PLAZO DEL CONTRATO	203 DÍAS HÁBILES CONTADOS DE LUNES A SÁBADO A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO
PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO (SI APLICA)	N/A
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	17/02/2026
FECHA DE SUSPENSIÓN (SI APLICA)	N/A
FECHA DE REINICIO (SI APLICA)	N/A

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600115839

Contribuyente

Trámite CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

PRO HOSPITAL	$ 1.883.100
PRO UIS	$ 1.883.100
Total Estampillas	**$ 3.766.200**
Ordenanza 012	$ 376.620
Total a Pagar	**$ 4.142.820**

Fecha de Expedición 2026/02/18 **Fecha Limite de Pago** 2026/02/19

Con destino a: **Alcaldía de Oiba**

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 9004957077

Nombre CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600115839(3900)000000004142820(96)20260219

VALOR BASE	$ 94.156.800
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 94.156.800
NUMERO ORDEN DE PAGO	SN79
VALOR TOTAL CONVENIO	$ 472.584.000
FECHA CONVENIO	13/02/2026

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600115839

Trámite CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

Con destino a: Alcaldía de Oiba

Tipo de Doc. NIT Numero: 9004957077
Nombre: CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA
Dirección: Telefono:

VALOR BASE $ 94.156.800
VALOR ORDEN DE PAGO $ 94.156.800
NUMERO ORDEN DE PAGO SN79
VALOR TOTAL CONVENIO $ 472.584.000
FECHA CONVENIO 13/02/2026

PRO HOSPITAL $ 1.883.100
PRO UIS $ 1.883.100

Total Estampillas $ 3.766.200
Ordenanza 012 $ 376.620
Total a Pagar $ 4.142.820

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600115839

Trámite CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

Con destino a: Alcaldía de Oiba

Total a Pagar $ 4.142.820

Fecha de Expedición 2026/02/18 Fecha Limite de Pago 2026/02/19

VALOR BASE $ 94.156.800
VALOR ORDEN DE PAGO $ 94.156.800
NUMERO ORDEN DE PAGO SN79
VALOR TOTAL CONVENIO $ 472.584.000
FECHA CONVENIO 13/02/2026

PRO HOSPITAL $ 1.883.100
PRO UIS $ 1.883.100

Total Estampillas $ 3.766.200
Ordenanza 012 $ 376.620

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600115839

Trámite CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

Con destino a: Alcaldía de Oiba

PRO HOSPITAL $ 1.883.100
PRO UIS $ 1.883.100

Total Estampillas $ 3.766.200
Ordenanza 012 $ 376.620
Total a Pagar $ 4.142.820

Contribuyente Tipo de Doc. NIT Número 9004957077
Nombre CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)8902012356005(8020)02502600115839(3900)000000003766200(96)20260219

Fecha de Expedición 2026/02/18
Fecha Limite de Pago 2026/02/19

VALOR BASE $ 94.156.800
VALOR ORDEN DE PAGO $ 94.156.800
NUMERO ORDEN DE PAGO SN79
VALOR TOTAL CONVENIO $ 472.584.000
FECHA CONVENIO 13/02/2026

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600115839

Con ribuyen e Tipo de Doc. NIT Número 9004957077
Nombre CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)8902012356005(8020)02502600115839(3900)000000003766200(96)20260219

Trámite CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

(415)8902012356006(8020)02502600115839(3900)000000003766200(96)20260219

Con destino a: Alcaldía de Oiba

Fecha de Expedición 2026/02/18

Total a Pagar $ 4.142.820

PRO HOSPITAL $ 1.883.100
PRO UIS $ 1.883.100

Total Estampillas $ 3.766.200
Ordenanza 012 $ 376.620

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Pago PSE

19 Feb 2026 14:19:33
NIT: 900495707
Usuario: ANGELA VICTORIA DIAZ MIRANDA

Pago exitoso
CUS 76304003

Comercio
Departamento de Santander

Referencia 1
02

Fecha
19 Feb 2026 14:19:33

Referencia 2
8902012356

Número de factura
148912355

Referencia 3
8412

Descripción del pago
PSE

Valor del Pago
$4.142.820

Número de comprobante
TR1418314003

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 7973**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	N/T	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	900495707
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA
CIUDAD/MUNICIPIO	GIRON	DEPARTAMENTO	SANTANDER
DIRECCIÓN	CL 26 27 48 GIRON CENTRO	TELÉFONO	3158793
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades de otras asociaciones n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		6001288377	TIPO DE PLANILLA		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES febrero AÑO	2026
DIAS DE MORA		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/02/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN		30172423

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	4	$ 360.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 360.100	$ 0	$ 360.100
SUBTOTALES										**$ 360.100**	**$ 0**	**$ 360.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 266.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 266.700	$ 0	$ 0	$ 266.700
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 14.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.600	$ 0	$ 0	$ 14.600
SUBTOTALES													**$ 281.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 281.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	4		$ 0	$ 0		$ 0	$ 23.800	$ 23.800	$ 0	$ 0	$ 23.800
SUBTOTALES									**$ 23.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 23.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	4	$ 88.900	$ 0	$ 88.900
SUBTOTALES			**$ 88.900**	**$ 0**	**$ 88.900**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	4	$ 66.800	$ 0	$ 66.800
PASENA	PASENA - SENA	3	$ 42.300	$ 0	$ 42.300
SUBTOTALES			**$ 109.100**	**$ 0**	**$ 109.100**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																											PENSIÓN						SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	LAE	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	MES COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1101686802	AMANCHO HIGUERA ANA YAMILE	DEPEND		$ 1.600.000	FIJO			NO			02														230301-PORVENIR	2	$ 116.727	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 18.700	EPS002-SALUD TOTAL	2	$ 116.727	$ 14.600	$ 0	$ 14.600	14-11 - ARL SURA	2	$ 116.727	900495707	$ 1.300	2	$ 119.900	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 4.400	$ 2.200	$ 3.300	$ 0	$ 0
2	CC 28259028	AYMES RAMIREZ MARIA DEL CARMEN	DEPEND		$ 1.550.000	FIJO			NO			02														230301-PORVENIR	2	$ 116.727	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 18.700	EPS002-SALUD TOTAL	2	$ 116.727	$ 14.600	$ 0	$ 14.600	14-11 - ARL SURA	2	$ 116.727	900495707	$ 1.300	2	$ 103.334	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 4.200	$ 2.100	$ 3.200	$ 0	$ 0
3	CC 37547213	DIAZ MIRANDA ANGELA VICTORIA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.900.000	$ 304.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 304.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.900.000	$ 237.500	$ 0	$ 237.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.900.000	900495707	$ 19.900	30	$ 1.900.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 76.000	$ 38.000	$ 57.000	$ 0	$ 0
4	CE 686146	RODRIGUEZ MENDEZ RANDYS DEL VALLE	DEPEND		$ 1.600.000	FIJO			NO			02														230301-PORVENIR	2	$ 116.727	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 18.700	EPS037-NUEVA EPS	2	$ 116.727	$ 14.600	$ 0	$ 14.600	14-11 - ARL SURA	2	$ 116.727	900495707	$ 1.300	2	$ 109.867	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 4.300	$ 0	$ 3.300	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 863.200

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900495707
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA
CIUDAD/MUNICIPIO:		GIRON DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 26 27 48 GIRON CENTRO	TELÉFONO:	3158750
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otras asociaciones n.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6001288377**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/02/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		30172423

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	4	$ 360.100
		SUBTOTAL:	4	**$ 360.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 266.700
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 14.600
		SUBTOTAL:	4	**$ 281.300**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902015787	CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	4	$ 88.900
		SUBTOTAL:	4	**$ 88.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	4	$ 23.800
		SUBTOTAL:	4	**$ 23.800**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8999990341	PASENA	PASENA-SENA	3	$ 42.300
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	4	$ 66.800
		SUBTOTAL:		**$ 109.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 863.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 863.200**

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Pago PSE

2 Feb 2026 15:56:37
NIT: 900495707
Usuario: ANGELA VICTORIA DIAZ MIRANDA

Pago exitoso
CUS 30172423

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
2 Feb 2026 15:56:37

Referencia 2
NI

Número de factura
6001288377

Referencia 3
900495707

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$863.200

Número de comprobante
TR1552212423

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 5475**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900495707
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA
CIUDAD/MUNICIPIO:		GIRON DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 26 27 48 GIRON CENTRO	TELÉFONO:	3158750
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otras asociaciones n.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6005380324**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		92559974	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	4	$ 1.144.600
		SUBTOTAL:	4	**$ 1.144.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 675.300
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	4	**$ 894.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902015787	CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	4	$ 286.300
		SUBTOTAL:	4	**$ 286.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	4	$ 74.800
		SUBTOTAL:	4	**$ 74.800**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8999990341	PASENA	PASENA-SENA	4	$ 143.300
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	4	$ 214.800
		SUBTOTAL:		**$ 358.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 2.758.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 2.758.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900495707
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	GIRON	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 26 27 49 GIRON CENTRO	TELEFONO:	3159750
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otras asociaciones n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			90053803324	TIPO DE PLANILLA			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	febrero AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	marzo AÑO	2026
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/02/26	NUMERO AUTORIZACIÓN:			92559874

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	4	$ 1.144.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.144.600	$ 0	$ 1.144.600
SUBTOTALES:										$ 1.144.600	$ 0	$ 1.144.600

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 675.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 675.300	$ 0	$ 0	$ 675.300
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 894.200	$ 0	$ 0	$ 894.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ATEP VALOR	INCAPACIDAD ATEP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	4		$ 0	$ 0		$ 0	$ 74.800	$ 74.800	$ 0	$ 0	$ 74.800
SUBTOTALES:									$ 74.800	$ 0	$ 0	$ 74.800

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	4	$ 286.300	$ 0	$ 286.300
SUBTOTALES:			$ 286.300	$ 0	$ 286.300

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	4	$ 214.800	$ 0	$ 214.800
PASENA	PASENA - SENA	4	$ 143.200	$ 0	$ 143.200
SUBTOTALES:			$ 358.100	$ 0	$ 358.100

LIQUIDACIÓN ESTADO DE APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | LIQUIDACIÓN ESTADO DE APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Detalle de movimiento

Lunes, 02 de marzo de 2026, 8:53:58 a.m.
CBA FUNDACION ESPERA
NIT: 900495707

Producto
Cuenta de ahorro - Bancolombia
814 - 794954 - 75

Oficina
Giron

Fecha de creación
26 feb 2026

Fecha de aplicación
- -

Descripción
Pago pse soi ach

Referencia 1
Pago de la planilla inte

Referencia 2
- -

No. cheque o convenio
- -

Valor
COP -$ 2.758.000,00

Canje (Aplica si es cheque)
- -

VIGILADO

Dirección IP 152.200.146.245

Oiba 03 de Marzo 2026

VILMA RUTH ARGUELLO DELGADILLO
Secretaria de Hacienda
Alcaldía de Oiba Santander

Asunto: PAGO DIRECTO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Cordial saludo:

Yo **ANGELA VICTORIA DIAZ MIRANDA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No 37.547.213, actuó como representante legal de la entidad **CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA** en virtud del contrato N° 154 DE FEBRERO 13 DEL 2026 el cual me da la calidad de contratista con esta entidad, me permito manifestar de manera expresa mi voluntad de continuar asumiendo directamente el pago de mis aportes al Sistema de Seguridad Social Integral durante la ejecución del contrato.

Lo anterior, en atención a lo dispuesto en el Decreto 514 del 9 de mayo de 2025, "por el cual se reglamentan y compilan las normas del Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común, contemplado en la Ley 2381 de 2024", específicamente en su artículo 2.2.4.18.7, el cual establece que:

> *"Pago de Cotizaciones por parte del contratante. En el marco de lo dispuesto por el artículo 21 de la Ley 2381 de 2024 cuando se celebren contratos de prestación de servicios el contratante y el* ***contratista podrán*** *acordar que será responsabilidad del contratante realizar la cotización al Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común.*
> (…)
> ***"Parágrafo 1.*** *En caso de que no se acuerde que el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral quedará a cargo del contratante,* ***el contratista seguirá siendo el responsable de su propio pago****" (subrayado y negrilla fuera de texto)*

Por lo anterior, agradezco se tenga en cuenta esta comunicación a efectos de que no se efectúe ningún descuento automático por concepto de aportes a salud, pensión o riesgos laborales, y que continúe siendo de mi responsabilidad su pago conforme a los términos legales.

Sin otro particular, agradezco su atención y quedo atento(a) a cualquier requerimiento adicional.

Cordialmente,

CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA
NIT No. 900.495.707-7
Rep legal Ángela Victoria Diaz Miranda
Correo: amiranda04@hotmail.com

Oiba, 27 Febrero de 2026

Señores:
MUNICIPIO DE OIBA

Ref.: plan de manejo de inversión del pago anticipado convenio de asociación N° 154 del trece (13) de febrero de 2026.

Por medio de la presente me permito presentar el plan de inversión del CBA Fundación Esperanza y vida, teniendo en cuenta que en el convenio de asociación N° 154 del 2026, quedo estipulado lo siguiente; **CLÁUSULA QUINTA. FORMA DE PAGO. DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: APORTES DEL MUNICIPIO: EL MUNICIPIO** desembolsará los aportes a los que se compromete para la ejecución del convenio así: I. Un primer desembolso correspondiente al **VEINTE POR CIENTO (20%)** del valor total del convenio, en calidad de pago anticipado previa presentación del informe de inversión de dicho pago anticipado y la respectiva de cuenta de cobro por parte de la entidad asociada. **JUSTIFICACION DEL PAGO ANTICIPADO**: La entidad considera conveniente incluir dentro de la forma de pago un pago anticipado equivalente al **VEINTE POR CIENTO (20 %)** en razón a los recursos que se requieren para el inicio de la atención de los adultos mayores, así como para la adquisición de insumos y alimentos, es decir, la suma de **NOVENTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIECISEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS $ 94.516.800.**

Recursos que serán soportados durante la vigencia del convenio conforme a la ejecución y cubrimiento de necesidades técnicas, administrativas y operacionales para el correcto funcionamiento del convenio y el cumplimiento de las actividades y metas establecidas, estos soportes se detallarán en las actas parciales del convenio de asociación N° 154 del 2026. Con el fin que al culminar el convenio se verá reflejado en los informes financieros la totalidad de dinero recibido por la atención de los adultos mayores.

ALCANCE DEL OBJETO Y/O DESCRIPCION DEL REQUERIMIENTO

Serán 100 adultos mayores atendidos en el centro vida y recibirán atención en los componentes de:

1. **COMPONENTE PSICOSOCIAL Y TERAPÉUTICA:**

Este componente consiste en Brindar atención Psicosocial y terapéutica a los adultos mayores, mediante la realización de talleres formativos en pro de mantener su rol social, lo que les permitirá vivir de una forma más plena y experimentar un aumento del auto estima y bienestar.

Actividades.