

**LISTA DE CHEQUEO CUENTAS DE COBRO  
CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| INFORMACIÓN DEL CONTRATO         |  |              |          |             |         |        |          |
|----------------------------------|--|--------------|----------|-------------|---------|--------|----------|
| <b>NOMBRE CONTRATISTA</b>        | FUNDACIÓN MANANTIAL DE EXPERIENCIAS<br>Rep. Ferney Henao Diaz  |              |          |             |         |        |          |
| <b>C.C. O NIT</b>                | 900.552.128-7<br>C.C. 91.293.992 de Bucaramanga (S/der)  |              |          |             |         |        |          |
| <b>TIPO DE CONTRATO</b>          | CONVENIO ESPECIAL  |              |          |             |         |        |          |
| <b>NÚMERO CONTRATO</b>           | 055 DEL 29 DE ENERO DE 2026  |              |          |             |         |        |          |
| <b>VALOR DEL CONTRATO</b>        | DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS<br>SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS m/cte.<br>(\$241,471,560.00)  |              |          |             |         |        |          |
| <b>PERIODO DEL VALOR COBRADO</b> | DÍA:02   | MES:03       | AÑO:2026 | —           | DÍA: 30 | MES:03 | AÑO:2026 |
| <b>VALOR A COBRAR</b>            |  |              |          |             |         |        |          |
|                                  |  |              |          |             |         |        |          |
| DOCUMENTOS                       |  | VERIFICACIÓN |          | OBSERVACIÓN |         |        |          |
|                                  |  | SI           | NO       |             |         |        |          |
| 1                                | OBLIGACIÓN CONTRAÍDA   | X            |          |             |         |        |          |
| 2                                | ACTA INFORME PARCIAL Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES  |              |          |             |         |        |          |
| 3                                | ACTA INFORME FINAL Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES  | X            |          |             |         |        |          |
| 4                                | FACTURA O CUENTA DE COBRO  | X            |          |             |         |        |          |
| 5                                | PLANILLAS PAGADAS DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL PERSONA NATURAL / PERSONA JURÍDICA, CERTIFICADO FIRMADO POR REVISOR FISCAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES DE CONFORMIDAD CON LA LEY. | X            |          |             |         |        |          |
| 6                                | FORMATO INFORMACIÓN BANCARIA Y CERTIFICACIÓN BANCARIA  | X            |          |             |         |        |          |
| 7                                | FORMATO DE RETENCIÓN (PARA LA PRIMERA CUENTA DE COBRO)   |              |          |             |         |        |          |
| 8                                | ESTAMPILLAS  | X            |          |             |         |        |          |
| 9                                | ACTA DE INICIO   | X            |          |             |         |        |          |

|                                       |         |         |          |
|---------------------------------------|---------|---------|----------|
| <b>FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN</b> | DÍA: 08 | MES: 04 | AÑO:2026 |
|---------------------------------------|---------|---------|----------|

| FIRMAS RESPONSABLES   |  |
|---|--|
|  |  |
| REVISADO SUPERVISOR   | REVISADO CONTRATACION  |
| RADICADO SECRETARIA DE HACIENDA   |  |

**Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro (Santander)**

[www.rionegro-santander.gov.co](http://www.rionegro-santander.gov.co)

[servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co](mailto:servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co) - [notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co](mailto:notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co)

**Contacto: 3156295344**

**OBLIGACION CONTRAIDA  
CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA   |  |                   |                                     |  |                           |          |          |
|---|--|-------------------|-------------------------------------|--|---------------------------|----------|----------|
| NOMBRE COMPLETO   | FUNDACION MANANTIAL DE EXPERIENCIAS  |                   |                                     |  |                           |          |          |
| C.C. O NIT  | 900552128-7  |                   |                                     |  |                           |          |          |
| NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO   | 3203960941   |                   |                                     |  |                           |          |          |
| VALOR COBRADO   | DOSCIENTOS SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS (\$207.442.412)  |                   |                                     |  |                           |          |          |
| PERIODO DEL VALOR COBRADO   | DÍA: 02  | MES:03            | AÑO:2026                            | —  | DÍA:30                    | MES:03   | AÑO:2026 |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATO:   |  |                   |                                     |  |                           |          |          |
| TIPO DE CONTRATO  | CONTRATO No.   |                   |                                     |  | FECHA INICIO DEL CONTRATO |          |          |
| <i>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN</i>  | 055 DEL 29 DE ENERO DE 2026  |                   |                                     |  | DÍA:09                    | MES:02   | AÑO:2026 |
| CDP: 26A00139   | FECHA: 26/01/2026  | RP: 26A00169      |                                     |  | FECHA: 29/01/2026         |          |          |
| CDP ADICIONAL: N/A  | FECHA: N/A   | RP ADICIONAL: N/A |                                     |  | FECHA: N/A                |          |          |
| OBJETO CONTRACTUAL:   | “AUNAR ESFUERZOS EN LA ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES, EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD CON ATENCIÓN EN EL CENTRO DE VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER ENMARCADO EN EL PROYECTO: “ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN EN CONDICION DE VULNERABILIDAD CON ATENCION EN EL CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER” |                   |                                     |  |                           |          |          |
| CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA   |  |                   |                                     |  |                           |          |          |
| ENTIDAD BANCARIA  | BANCOLOMBIA  |                   |                                     |  |                           |          |          |
| NÚMERO DE CUENTA  | 79212148151  | AHORROS           | <input checked="" type="checkbox"/> | CORRIENTE  | <input type="checkbox"/>  |          |          |
| DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN EL CUADRO “CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA” ES VERDADERA, SE ENCUENTRA ACTUALIZADA Y ES DE MI PROPIEDAD. |  |                   |                                     |  |                           |          |          |
| CONTROL DE SUPERVISIÓN  |  |                   |                                     |  |                           |          |          |
| NOMBRE SUPERVISOR   | MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA   |                   |                                     |  |                           |          |          |
| CARGO SUPERVISOR  | SECRETARIO DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL  |                   |                                     |  |                           |          |          |
| FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN  | DÍA: 08  | MES:04            |                                     |  |                           | AÑO:2026 |          |
| CERTIFICO QUE CUMPLO CON LAS RESPONSABILIDADES COMO SUPERVISOR DE ESTE CONTRATO DEFINIDAS EN EL DOCUMENTO DENOMINADO DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR DEL CONTRATO   |  |                   |                                     |  |                           |          |          |
| FIRMAS RESPONSABLES   |  |                   |                                     |  |                           |          |          |
| <br>FUNDACIÓN MANANTIAL DE EXPE.<br>CONTRATISTA                            |  |                   |                                     | <br>MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA<br>SUPERVISOR DEL CONTRATO |                           |          |          |

**ACTA DE PAGO**

ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO -DEPARTAMENTO DE SANTANDER

NIT: 890.204.646-3

ACTA N° 002 DE RECIBO FINAL

SECRETARIA DE SALUD MUJER Y BIENESTAR SOCIAL

|  |  |
|--|--|
| FUNDACIÓN MANANTIAL DE EXPERIENCIAS<br>MANANTIAL DE EXPERIENCIAS<br>Represtante Legal: FERNEY HENAO DÍAZ | SUPERVISOR: MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA     |
| Nit No. No 900552128-7<br>CEDULA: 91.293.992 de Bucaramanga  | C.C. 28.337.735 DE RIONEGRO                  |
| NÚMERO DE CONTRATO: 55 DE 2026   | SECRETARIA DE SALUD MUJER Y BIENESTAR SOCIAL |
| FECHA DEL CONTRATO: 09 DE FEBRERO DE 2026  | FECHA DE PRESENTACION : 08 DE ABRIL DEL 2026 |

|        |  |
|--------|--|
| OBJETO | "AUNAR ESFUERZOS EN LA ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES, EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD CON ATENCIÓN EN EL CENTRO DE VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER ENMARCADO EN EL PROYECTO: "ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN EN CONDICION DE VULNERABILIDAD CON ATENCION EN EL CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER" |
|--------|--|

|                             |   |                  |             |                |                   |
|-----------------------------|---|------------------|-------------|----------------|-------------------|
| N° DE CUENTA BANCARIA       | 79212148151   | NOMBRE DEL BANCO | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA | CUENTA DE AHORROS |
| REGISTRO PRESUPUESTAL       | FECHA   | 26A00169         |             |                |                   |
|                             | NÚMERO  | 29/01/2026       |             |                |                   |
| DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | FECHA   | 26/01/2026       |             |                |                   |
|                             | NÚMERO  | 26A00139         |             |                |                   |
| PAGO PARCIAL                | DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS (\$241,471,560.00), MCTE. |                  |             |                |                   |
| TERMINO DE DURACIÓN         | DEL 09 DE FEBRERO AL 30 DE MARZO 2026   |                  |             |                |                   |
| FECHA DE INICIO             | 09 DE FEBRERO DEL 2026  |                  |             |                |                   |
| FECHA DE TERMINACIÓN        | 30 DE MARZO DEL 2026  |                  |             |                |                   |

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

|                                |    |                |
|--------------------------------|----|----------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO     | \$ | 241.471.560,00 |
| ADICIÓN (+)                    | \$ | 119.957.676,00 |
| VALOR TOTAL CONTRATADO (=)     | \$ | 361.429.236,00 |
| VALOR TOTAL PAGADO (-)         | \$ | 153.982.824,00 |
| VALOR PRESENTE ACTA (-)        | \$ | 207.442.412,00 |
| SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO(=) | \$ | 4.000,00       |

|                  |                       |                      |
|------------------|-----------------------|----------------------|
| APORTE A SALUD   | PERIODO DE COTIZACIÓN | MARZO                |
|                  | FECHA DE PAGO         | 11 de marzo de 2026  |
|                  | N° DE PLANILLA        | 6006005411           |
|                  | IBC \$1.750.905=      | \$ 1.750.905         |
|                  | VALOR PAGADO          | \$ 218.900           |
|                  | EPS                   | SALUD MIA            |
| APORTE A PENSIÓN | PERIODO DE COTIZACIÓN | FEBRERO              |
|                  | FECHA DE PAGO         | 5 de febrero de 2026 |
|                  | IBC \$1.750.905=      | \$ 1.750.905         |
|                  | N° DE PLANILLA        | 6001553356           |
|                  | VALOR PAGADO          | \$ 280.200           |
|                  | FONDO DE PENSIÓN      | COLPENSIONES         |
| APORTE ARL       | PERIODO DE COTIZACIÓN | FEBRERO              |
|                  | FECHA DE PAGO         | 5 de febrero de 2026 |
|                  | IBC \$1.750.905=      | \$ 1.750.905         |
|                  | N° DE PLANILLA        | 6001553356           |
|                  | VALOR PAGADO          | \$ 9.200             |
|                  | ARL                   | POSITIVA             |

|                             |       |                      |
|-----------------------------|-------|----------------------|
| VALOR TOTAL APORTES FEBRERO | \$    | 666.100              |
| PERIODO DE COBRO            | DESDE | 02 DE MARZO DEL 2026 |
|                             | HASTA | 30 DE MARZO DEL 2026 |
| VALOR A COBRAR              | \$    | 207.442.412,00       |
| FECHA COBRO ANTERIOR        |       | 5/03/2026            |
| N° DE COBROS REALIZADOS     |       |                      |

MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA  
SECRETARIA DE SALUD MUJER, BIENESTAR SOCIAL  
Supervisora (E)

FERNEY HENAO DÍAZ  
FUNDACIÓN MANANTIAL DE EXPERIENCIAS  
CONTRATISTA

Con Copia.Expediente  
Recibido Oficina de Contratación \_\_\_\_\_

# INFORME DE SUPERVISIÓN


## INFORME DE SUPERVISIÓN No. 01 DEL CONTRATO 55 DEL 29 DE ENERO DE 2026


|                       |  |    |                             |
|-----------------------|--|----|-----------------------------|
| TIPO DE CONTRATO:     | CONVENIO ESPECIAL  |    |                             |
| CONTRATO No. Y FECHA: | 55 DEL 29 DE ENERO DE 2026   |    |                             |
| CONTRATISTA:          | FUNDACIÓN MANANTIAL DE EXPERIENCIAS<br>RL FERNEY HENAO DÍAZ  |    |                             |
| Nit o C.C. No.        | 900552128-7<br>C.C. 91.293.992   |    |                             |
| OBJETO:               | "AUNAR ESFUERZOS EN LA ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES, EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD CON ATENCIÓN EN EL CENTRO DE VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER ENMARCADO EN EL PROYECTO: "ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN EN CONDICION DE VULNERABILIDAD CON ATENCION EN EL CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER" |    |                             |
| VALOR INICIAL:        | <b>DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS (\$241,471,560.00), MCTE.</b>   |    |                             |
| VALOR ADICIONAL:      | DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS (119.957.676), MCTE.  |    |                             |
| PLAZO INICIAL:        | TREINTA (30) DIAS HABILILES  |    |                             |
| PLAZO ADICIONAL:      | ONCE (11) DIAS HABILILES   |    |                             |
| SUPERVISOR:           | MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA   |    |                             |
| FECHA DE INICIACIÓN:  | 09 DE FEBRERO DE 2026  |    |                             |
| ACTA DE SUSPENSIÓN    | Nº   | Nº | Nº                          |
|                       |  |    | N/A                         |
| ACTA DE REINICIACIÓN  | Nº   | Nº | Nº                          |
|                       |  |    | N/A                         |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 30 DE MARZO DE 2026  |    |                             |
| MUNICIPIO:            | RIONEGRO SANTANDER   |    |                             |
| OFICINA GESTORA:      | SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL  |    |                             |
| VALOR A PAGAR         | <b>\$ 207.442.412 =</b>  |    |                             |
| PERIODO DE PAGO:      | DESDE: 02 DE MARZO DE 2026   |    | HASTA: 30 DE MARZO DEL 2026 |

Con base en los informes presentados por el contratista **FUNDACIÓN MANANTIAL DE EXPERIENCIAS RL FERNEY HENAO DÍAZ** respecto a las actividades ejecutadas en el presente convenio y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte del Municipio de Rionegro Santander, tomando como base la presente acta o informe de recibo No. 01 por valor de **DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS (\$241,471,560.00), MCTE.**

### CERTIFICO QUE:

**Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)**

 [www.rionegro-santander.gov.co](http://www.rionegro-santander.gov.co)

 [alcaldia@rionegro-santander.gov.co](mailto:alcaldia@rionegro-santander.gov.co) - [notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co](mailto:notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co)

**Contacto: 315 6295344**

## INFORME DE SUPERVISIÓN

De acuerdo con las condiciones establecidas en el presente contrato y una vez revisada la documentación suministrada por el Contratista con relación al desarrollo y ejecución de este, las actividades representativas realizadas durante la ejecución fueron:

| NÚMERO DE ACTIVIDADES | ACTIVIDADES   | DEFICIENTE | SATISFACTORIO | EJECUCIÓN   |
|-----------------------|---|------------|---------------|---|
| 1                     | <p><b>Alimentación</b> que asegure la ingesta necesaria a nivel proteico-calórico y de micronutrientes que garanticen buenas condiciones de salud para el adulto mayor; de acuerdo con los menús que de manera especial para la población objeto del contrato (160 Beneficiarios). Desayuno, refrigerio y almuerzo.</p>   |            | X             | <p>En este periodo se ha realizado, por medio del profesional en nutrición un menú diseñado el cual incluye desayuno, refrigerio y almuerzo, creado para ofrecer a los adultos mayores una dieta balanceada y rica en nutrientes. Así mismo se ha mantenido un compromiso nutricional con 160 adultos mayores, buscando su bienestar integral. La distribución de estos alimentos se ha organizado para llegar a las sedes donde residen nuestros beneficiarios: 70 en el Casco Urbano, 50 en San Rafael, 20 en Papayal y 20 en Cuesta Rica, garantizando así una cobertura justa y adaptada a las necesidades locales.</p> |
| 2                     | <p><b>Orientación psicosocial</b>, presentada de manera preventiva a toda la población del objeto del contrato (160 Beneficiarios), la cual persigue mitigar el efecto de las patologías de comportamiento que surgen en la tercera edad y los efectos a las que ellas conducen. Estará a cargo de un profesional en Psicología. Cuando sea necesario, los adultos mayores serán remitidos a las entidades de seguridad social para la atención más específica.</p> |            | X             | <p>Durante este periodo, se llevó a cabo con éxito la orientación psicosocial dirigida a las personas adultas mayores, desde un enfoque integral que consideró el contexto individual de cada participante. Esto les permitió ser escuchados, comprendidos y participar activamente en actividades orientadas a estimular sus capacidades cognitivas.</p> <p>Este abordaje contribuye al fortalecimiento de su bienestar físico, así como a la mejora de su salud mental y emocional.</p>   |
| 3                     | <p><b>Atención primaria en salud</b>, La cual abarcará la promoción de estilos de vida saludable, de</p>  |            | X             | <p>Durante este periodo, hemos puesto en primer lugar el bienestar de los adultos mayores</p>   |

**Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)**

[www.rionegro-santander.gov.co](http://www.rionegro-santander.gov.co)


[alcaldia@rionegro-santander.gov.co](mailto:alcaldia@rionegro-santander.gov.co) - [notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co](mailto:notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co)


**Contacto: 315 6295344**

## INFORME DE SUPERVISIÓN

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
|   | <p>acuerdo con las características de los adultos mayores, prevención de enfermedades, detección oportuna de patologías y remisión a los servicios de salud cuando ello se requiera. Se incluye la atención primaria, servicio de enfermería, nutricionista, fisioterapia, entre otras, apoyados con la Seguridad Social en Salud a la cual estén afiliados los beneficiarios del programa.</p>   |   |  | <p>con un enfoque integral. Nuestro equipo de salud, altamente capacitado, acompaña a los adultos mayores en las actividades que se realizan en el centro vida, asegurando su bienestar físico y emocional. La fisioterapeuta del programa fomenta la movilidad y vitalidad a través de terapias personalizadas y ejercicios al aire libre, la nutricionista del programa realiza seguimiento a la minuta nutricional.</p>   |
| 4 | <p><b>Elaboración de minutas para preparación de alimentos para la población objeto del contrato.</b> El nutricionista deberá garantizar la asistencia o visita en los diferentes puntos ubicados: Cabecera Municipal, Corregimientos de Cuesta Rica, San Rafael, Papayal, para direccionar el tema relacionado con las minutas en la preparación de los alimentos para los adultos mayores beneficiados y realizar valoración y seguimiento nutricional de los mismos.</p> | X |  | <p>En este periodo se ha realizado un seguimiento para garantizar que las preparaciones alimenticias especificadas en la minuta se lleven a cabo con precisión. Esta minuta, creada conforme a las normativas vigentes y las recomendaciones nutricionales para esta etapa de la vida, no solo busca satisfacer los requerimientos nutricionales, sino también adaptarse a la distribución de alimentos en grandes colectivos. Este proceso tiene como objetivo final proporcionar la energía y los nutrientes esenciales de los alimentos para promover una salud plena a quienes asisten al Centro Vida.</p> |
| 5 | <p><b>Actividades de ocio,</b> (danza, cultura, deporte, recreación y manualidades), el apoyo en estas actividades consiste en permitir que la población objeto del contrato logre un desarrollo integral generando la valoración del tiempo libre como un pilar fundamental para una vida plena.</p>   | X |  | <p>Durante este periodo las actividades recreativas como caminatas al aire libre, eventos lúdicos, bailo terapia, juegos de mesa y talleres de manualidades, fueron guiados y supervisados por fisioterapia, instructores deportivos, y talleristas, promoviendo la sana convivencia, el buen trato y el bienestar físico.</p>   |
| 6 | <p><b>Promoción del trabajo asociativo</b> de los adultos mayores para la consecución de ingresos,</p>  | X |  | <p>Con dedicación, los adultos mayores han encontrado en las manualidades una forma de</p>   |

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)

 [www.rionegro-santander.gov.co](http://www.rionegro-santander.gov.co)


 [alcaldia@rionegro-santander.gov.co](mailto:alcaldia@rionegro-santander.gov.co) - [notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co](mailto:notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co)


**Contacto: 315 6295344**

## INFORME DE SUPERVISIÓN

|    |   |  |   |   |
|----|---|--|---|---|
|    | cuando ello sea posible (160 Beneficiarios)   |  |   | expresión creativa y una fuente de ingresos, además de demostrar la creatividad, también estimula la motricidad fina y las habilidades sociales de los adultos mayores.   |
| 7  | <b>Alfabetización</b> , se realizará actividades para fomentar el nivel de lecto-escritura de los adultos mayores con acompañamiento de los profesionales ya contratados.                           |  | X | En este periodo se realizaron talleres de lecto-escritura a los adultos mayores por parte del personal de centro vida, con el fin de que los adultos mayores mejoren sus habilidades cognitivas y así mismo su autonomía e independencia.                               |
| 8  | <b>Promoción de la constitución de redes para el apoyo permanente</b> de los adultos mayores (160 Beneficiarios)  |  | X | Junto con apoyo de la secretaria de Salud y sus psicólogos, se realizaron talleres tales como "Taller de reminiscencia y narración de vida, Taller de habilidades sociales y comunicación, Taller de expresión corporal y movimiento consciente" a los adultos mayores. |
| 9  | <b>Informática y uso del Internet para los adultos mayores.</b> Desarrollar actividades dirigidas a los adultos mayores incentivando el uso del internet, a los que desde su condición sea posible. |  | X | En este periodo se llevó a los adultos mayores a "CULTIARTE" a la sala de internet para enseñarles a ingresar de forma independiente a páginas de Google, para incentivarlos a conocer una oportunidad nueva y fácil de acceso a la información.                        |
| 10 | <b>Encuentros intergeneracionales</b> en convenio con las instituciones educativas municipales (160 Beneficiarios)  |  | X | No se realiza la actividad dada a la NO DISPOIBILIDAD DEL COLEGIO.  |
| 11 | <b>Auxilio Exequial</b>   |  | X | Para el presente periodo se cuenta con la vinculación efectiva para el auxilio exequial de los 160 usuarios del centro vida.  |
| 12 | <b>Personal encargado del funcionamiento de las instalaciones</b> para la atención de la población objeto del contrato  |  | X | En el Centro Vida, cada miembro del equipo, contribuye para asegurar una calidad de servicio excepcional. Ante cualquier inconveniente, se implementan  |

**Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)**

 [www.rionegro-santander.gov.co](http://www.rionegro-santander.gov.co)

 [alcaldia@rionegro-santander.gov.co](mailto:alcaldia@rionegro-santander.gov.co) - [notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co](mailto:notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co)

**Contacto: 315 6295344**

## INFORME DE SUPERVISIÓN

|    |  |  |   |   |
|----|--|--|---|---|
|    | (160 Beneficiarios) distribuidos de la siguiente manera<br><br>Casco urbano: 70 usuarios<br>San Rafael: 50 usuarios<br>Papayal: 20 usuarios<br>Cuesta rica: 20 usuarios. |  |   | mejoras de inmediato. La directora, con el apoyo de su asistente administrativa, garantiza que la operación fluya sin problemas. Además, se lleva a cabo una recolección de datos para asegurar el orden y la precisión en los informes y tareas administrativas. |
| 13 | <b>Pago de arriendos centros vida, pago de servicios públicos, menaje y equipo centro vida, transporte e imprevistos (160 Beneficiarios)</b>                             |  | X | Se pagaron los arriendos de los centros vida ubicados en San Rafael, Papayal y Cuesta Rica y el transporte y entrega de los alimentos para dichos lugares, así como el pago de las demás obligaciones que conlleva el uso de servicios públicos, etc.             |
|    | Concepto general del cumplimiento de las obligaciones  |  | X | El nivel de satisfacción del servicio prestado es SATISFACTORIO.  |


### INFORME PARCIAL


Así mismo, se deja constancia que se verificó el cumplimiento o no de las obligaciones del Contratista frente a la Afiliación y a los aportes al sistema de seguridad social, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002:

A Continuación, se relacionan los pagos del período, a saber:

| CARGO                   | RELACIÓN PERSONAL             | PERIODO DE PAGO AÑO – MES | NUMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO   | APORTE A SALUD | APORTE A PENSIÓN | APORTE A ARL |
|-------------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------|----------------|------------------|--------------|
|                         |                               |                           |                    | DIA - MES - AÑO |                |                  |              |
| Director                | LAURA PATRICIA LAGOS DIAZ     | 2026-03                   | 9500910583         | 06/04/2026      | 300.000        | 384.000          | 58.500       |
| Auxiliar Administrativo | CARMENZA NIÑO ROJAS           | 2026-03                   | 5168228018         | 25/03/2026      | 218.900        | N/A              | 9.200        |
| Auxiliar de inventario  | MAYRA ALEJANDRA MEZA          | 2026-03                   | 9500719983         | 25/03/2026      | 218.900        | 280.200          | 9.200        |
| Auxiliar de Enfermería  | LUCY LORENA HINCAPIE CARDENAS | 2026-03                   | 6008393486         | 24/03/2026      | 218.900        | 280.200          | 18.300       |
| Auxiliar de Enfermería  | PAULA JOHANNA VEGA JEREZ      | 2026-03                   | 8640706261         | 25/03/2026      | 218.900        | 280.200          | 18.300       |
| Auxiliar de Enfermería  | NIDIA CABALLERO               | 2026-03                   | 70225902           | 25/03/2026      | 218.900        | 280.200          | 42.700       |

**Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)**

 [www.rionegro-santander.gov.co](http://www.rionegro-santander.gov.co)

 [alcaldia@rionegro-santander.gov.co](mailto:alcaldia@rionegro-santander.gov.co) - [notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co](mailto:notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co)


**Contacto: 315 6295344**


## INFORME DE SUPERVISIÓN

|                           |                                 |         |            |            |         |         |        |
|---------------------------|---------------------------------|---------|------------|------------|---------|---------|--------|
| Auxiliar de Enfermería    | YESSICA FARLEY CORREA DIAZ      | 2026-03 | 8640686114 | 26/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 42.700 |
| Auxiliar de Enfermería    | ANDREA RODRIGUEZ SANCHEZ        | 2026-03 | 68502189   | 24/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 18.300 |
| Manipuladora de Alimentos | TERESA PARRA                    | 2026-03 | 8640611725 | 20/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 42.700 |
| Manipuladora de Alimentos | GRACIELA JIMENEZ ARIAS          | 2026-03 | 8640706268 | 25/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 42.700 |
| Manipuladora de Alimentos | MARCELA MARTINEZ AVILA          | 2026-03 | 5250243494 | 30/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 42.700 |
| Manipuladora de Alimentos | NINI JOHANA SIZA                | 2026-03 | 8640611756 | 26/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 42.700 |
| Manipuladora de Alimentos | HELEN SOBEIDA SARMIENTO         | 2026-03 | 5168226953 | 30/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 42.700 |
| Manipuladora de Alimentos | MAGALI VALENCIA                 | 2026-03 | 6008062447 | 17/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 42.700 |
| Auxiliar de servicios     | GENNY PAOLA NIÑO NUÑEZ          | 2026-03 | 6008042799 | 17/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 9.200  |
| Auxiliar de servicios     | MARTHA LUCIA AGUILAR            | 2026-03 | 6008440816 | 17/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 42.700 |
| Auxiliar de servicios     | LUZ ELENA SIZA                  | 2026-03 | 8640611726 | 17/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 18.300 |
| Tallerista                | LYDIAN CONSUELO AMADO           | 2026-03 | 5168226813 | 25/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 9.200  |
| Tallerista                | JHONNIELY SUSY BERMUDEZ         | 2026-03 | 6008621721 | 27/03/2026 | 29.200  | 37.400  | 1.300  |
| Tallerista                | OSNEIDER CASTILLA PADILLA       | 2026-03 | 6008439796 | 17/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 9.200  |
| Tallerista                | MARCELA RONDEROS                | 2026-03 | 6012782438 | 24/03/2026 | 189.700 | 242.800 | 8.000  |
| Recreación y Deporte      | JUAN DIEGO CABALLERO CRISTANCHO | 2026-03 | 6008555011 | 06/04/2026 | 218.900 | 280.200 | 9.200  |
| Recreación y Deporte      | JAIDER ALEJANDRO MEDINA ARDILA  | 2026-03 | 5168227038 | 07/04/2026 | 219.100 | 280.400 | 9.300  |
| Recreación y Deporte      | DAMINSON ALDEMAR JIMENEZ ROJAS  | 2026-03 | 36851348   | 26/03/2026 | 218.900 | 280.200 | 9.200  |
| Fisioterapeuta            | JUAN CAMILO ROJAS TOVAR         | 2026-03 | 1750424340 | 07/04/2026 | 58.400  | 78.400  | 2.500  |
| Nutricionista             | DAYANNA ROMERO VIRGUEZ          | 2026-03 | 36805785   | 07/04/2026 | 218.900 | 280.200 | 42.700 |

Alcaldía Municipal de Rionegro

**Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)**

 [www.rionegro-santander.gov.co](http://www.rionegro-santander.gov.co)

 [alcaldia@rionegro-santander.gov.co](mailto:alcaldia@rionegro-santander.gov.co) - [notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co](mailto:notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co)


**Contacto: 315 6295344**

## INFORME DE SUPERVISIÓN

Por lo anterior, el suscrito Supervisor hace constar que la información suministrada en el presente informe es veraz y cumple con los parámetros establecidos con el objeto del contrato.


|                          |                            |                |
|--------------------------|----------------------------|----------------|
| APORTE A SALUD           | Periodo de cotización      | <b>MARZO</b>   |
|                          | Fecha de pago              | 11/03/2026     |
|                          | Nº de Planilla             | 6006005411     |
|                          | Ingreso Base de Cotización | \$ 1.750.905   |
|                          | Valor cotizado             | \$ 218.900     |
|                          | EPS                        | SALUD MIA      |
| APORTE A PENSIÓN         | Periodo de cotización      | <b>FEBRERO</b> |
|                          | Fecha de pago              | 05/02/2026     |
|                          | Nº de Planilla             | 6001553356     |
|                          | Ingreso Base de Cotización | \$ 1.750.905   |
|                          | Valor cotizado             | \$ 280.200     |
|                          | Fondo de Pensiones         | COLPENSIONES   |
| APORTE A.R.L.            | Periodo de cotización      | <b>FEBRERO</b> |
|                          | Fecha de pago              | 05/02/2026     |
|                          | Nº de Planilla             | 6001553356     |
|                          | Ingreso Base de Cotización | \$ 1.750.905   |
|                          | Valor cotizado             | \$ 9.200       |
|                          | A.R.L.                     | POSITIVA       |
| PARAFISCALES (SI APLICA) | SENA                       | 35.100         |
|                          | I.C.B.F.                   | 52.600         |
|                          | Caja de Compensación       | 70.100         |


Se expide en Rionegro, a los 08 días del mes de ABRIL de 2026.

  
**MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA**  
**SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL**  
Supervisora

Alcaldía Municipal de Rionegro

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)

 [www.rionegro-santander.gov.co](http://www.rionegro-santander.gov.co)

 [alcaldia@rionegro-santander.gov.co](mailto:alcaldia@rionegro-santander.gov.co) - [notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co](mailto:notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co)

Contacto: 315 6295344



FUNDACION MANANTIAL DE EXPERIENCIAS CULTURA DE AMO  
 NIT 900.552.128-7  
 CLL 104 8 A 26  
 Tel: (3213032750)  
 Bucaramanga - Colombia  
 olga.ruizmann@gmail.com



Factura electrónica de venta  
 No. FVME 237

|                  |                                   |                 |                     |
|------------------|-----------------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>Señores</b>   | MUNICIPIO DE RIONEGRO             |                 |                     |
| <b>NIT</b>       | 890.204.646-3                     | <b>Teléfono</b> | (037) 3156295344    |
| <b>Dirección</b> | CRA 10 No.11 -32 Parque Principal | <b>Ciudad</b>   | Rionegro - Colombia |

| Fecha y hora Factura |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>Generación</b>    | 08/04/2026, 10:28 |
| <b>Expedición</b>    | 08/04/2026, 10:28 |
| <b>Vencimiento</b>   | 08/04/2026        |

| Ítem | Descripción  | Cantidad | Vr. Total      | Vr. Bruto      |
|------|--|----------|----------------|----------------|
| 1    | PRESTACION DEL SERVICIO CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR | 1.00     | 207,442,412.00 | 207,442,412.00 |

**Total ítems:** 1

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| <b>Total Bruto</b>   | 207,442,412.00 |
| <b>Total a Pagar</b> | 207,442,412.00 |

**Valor en Letras:** Doscientos siete millones cuatrocientos cuarenta y dos mil cuatrocientos doce pesos m/cte

**Forma de pago:**

Crédito

**Medio de pago:**

Otro - Clientes Nacionales - Cuota No. 001 vence el 2026- \$ 207,442,412.00  
 04-08 por

**Observaciones:** PAGO FINAL AL CONVENIO ESPECIAL 55-29/01/2026 "AUNAR ESFUERZOS EN LA ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES, EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD CON ATENCIÓN EN EL CENTRO DE VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER ENMARCADO EN EL PROYECTO: "ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN EN CONDICION DE VULNERABILIDAD CON ATENCION EN EL CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER"

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 18764101647077 aprobado en 20251117 prefijo FVME desde el número 201 al 500 Vigencia: 12 Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8810 Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas Tarifa  
**CUFE:** 0b1da5f89a5f6937e8c0043891f33904a8ebba2cad98b5512d4b55e5b51cc5dcd89b8289fb446bb386321e204aeeb4a

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE  |   |  |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA  |   |  |  |
|--|---|--|--|---|---|--|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:<br>NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:<br>CIUDAD/MUNICIPIO:<br>DIRECCIÓN:<br>TIPO APORTANTE:<br>TIPO EMPRESA:<br>FORMA DE PRESENTACIÓN:<br>APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NIT<br>BUCARAMANGA<br>CALLE 104 8A 26<br>01-EMPLEADOR<br>PRIVADA<br>ÚNICO | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:<br>FUNDACION MANANTIAL DE EXPERIENCIAS CULTURA DE AMOR CULTURA DE CONVIVENCIA<br>DEPARTAMENTO:<br>SANTANDER<br>TELÉFONO:<br>6999999<br>CLASE APORTANTE:<br>B-MENOS DE 200 COTIZANTES<br>ACTIVIDAD ECONOMICA:<br>Actividades de otras asociaciones n.c.p. | 900552128<br>SANTANDER<br>6999999<br>B-MENOS DE 200 COTIZANTES<br>Actividades de otras asociaciones n.c.p.<br>SI | NÚMERO PLANILLA:<br>PERIODO COTIZACIÓN OTROS<br>DÍAS DE MORA:<br>FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | MES<br>febrero AÑO<br>2026<br>5<br>2026/03/11 | TIPO DE PLANILLA:<br>PERIODO COTIZACIÓN SALUD:<br>NÚMERO AUTORIZACIÓN: | E-EMPLEADOS<br>2026<br>MES<br>marzo AÑO<br>131915346 |

| TOTAL APORTES A PENSION |                          |                |            |                     |           |             |              |            |          |         |                   |                 |                   |
|-------------------------|--------------------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|----------|---------|-------------------|-----------------|-------------------|
| CÓDIGO                  | ADMINISTRADORA<br>NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           |             |              | FSP        |          | MORA    |                   | TOTALES         |                   |
|                         |                          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP      | APORTES | MORA              | VALOR PAGADO    |                   |
| 25-14                   | 25-14 COLPENSIONES       | 1              | \$ 280.200 | \$ (                | \$ (      | \$ (        | \$ (         | \$ (       | \$ 1.000 | \$ (    | \$ 280.200        | \$ 1.000        | \$ 281.200        |
| <b>SUBTOTALES:</b>      |                          |                |            |                     |           |             |              |            |          |         | <b>\$ 280.200</b> | <b>\$ 1.000</b> | <b>\$ 281.200</b> |

| TOTAL APORTES A SALUD |                          |                |                            |       |                     |       |               |            |             |             |                   |               |             |                   |            |
|-----------------------|--------------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|------------|-------------|-------------|-------------------|---------------|-------------|-------------------|------------|
| CÓDIGO                | ADMINISTRADORA<br>NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |            | LIQUIDACIÓN |             | MORA              |               | TOTALES     |                   |            |
|                       |                          |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR      | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN        | VALOR ADRES   | APORTES     | MORA              | DESCUENTO  |
| EPS046                | EPS046-SALUD MIA EPS     | 1              | \$ (                       | \$ (  | \$ (                | \$ (  | \$ (          | \$ 218.900 | \$ (        | \$ 800      | \$ (              | \$ 218.900    | \$ 800      | \$ (              | \$ 219.700 |
| <b>SUBTOTALES:</b>    |                          |                |                            |       |                     |       |               |            |             |             | <b>\$ 218.900</b> | <b>\$ 800</b> | <b>\$ (</b> | <b>\$ 219.700</b> |            |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |  |                |                     |       |                      |          |             |            |             |         |                 |               |              |                 |          |
|---------------------------------------|--|----------------|---------------------|-------|----------------------|----------|-------------|------------|-------------|---------|-----------------|---------------|--------------|-----------------|----------|
| CÓDIGO                                | ADMINISTRADORA<br>NOMBRE               | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       | SALDO A FAVOR        |          | LIQUIDACIÓN |            | MORA        |         | TOTALES         |               |              |                 |          |
|                                       |  |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR       | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA            | DESCUENTO     | VALOR PAGADO |                 |          |
| 14-23                                 | 14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A | 1              | \$ (                | \$ (  | \$ (                 | \$ (     | \$ 9.200    | \$ (       | \$ 9.200    | \$ 100  | \$ (            | \$ 9.300      | \$ 100       | \$ (            | \$ 9.300 |
| <b>SUBTOTALES:</b>                    |  |                |                     |       |                      |          |             |            |             |         | <b>\$ 9.200</b> | <b>\$ 100</b> | <b>\$ (</b>  | <b>\$ 9.300</b> |          |

| TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |                            |                |           |        |           |                  |               |                  |  |  |  |  |  |
|---|----------------------------|----------------|-----------|--------|-----------|------------------|---------------|------------------|--|--|--|--|--|
| CÓDIGO  | ADMINISTRADORA<br>NOMBRE   | No. COTIZANTES | MORA      |        | TOTALES   |                  |               |                  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                | APORTES   | MORA   | APORTES   | MORA             | VALOR PAGADO  |                  |  |  |  |  |  |
| CCF40   | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | 1              | \$ 70.100 | \$ 300 | \$ 70.100 | \$ 300           | \$ 70.400     |                  |  |  |  |  |  |
| <b>SUBTOTALES:</b>                            |                            |                |           |        |           | <b>\$ 70.100</b> | <b>\$ 300</b> | <b>\$ 70.400</b> |  |  |  |  |  |

| TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES |   |                |           |        |           |                  |               |                  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|---|----------------|-----------|--------|-----------|------------------|---------------|------------------|--|--|--|--|--|
| CÓDIGO                             | ADMINISTRADORA<br>NOMBRE                        | No. COTIZANTES | MORA      |        | TOTALES   |                  |               |                  |  |  |  |  |  |
|                                    |   |                | APORTES   | MORA   | APORTES   | MORA             | VALOR PAGADO  |                  |  |  |  |  |  |
| PAICBF                             | PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR | 1              | \$ 52.600 | \$ 200 | \$ 52.600 | \$ 200           | \$ 52.800     |                  |  |  |  |  |  |
| PASENA                             | PASENA - SENA                                   | 1              | \$ 35.100 | \$ 200 | \$ 35.100 | \$ 200           | \$ 35.300     |                  |  |  |  |  |  |
| <b>SUBTOTALES:</b>                 |   |                |           |        |           | <b>\$ 87.700</b> | <b>\$ 400</b> | <b>\$ 88.100</b> |  |  |  |  |  |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                   |                |                   |                |                 |                       |                    |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |                    |          |           |            |              |             |                     |          |                           |                      |       |          |           |            |             |  |       |          |     |                   |             |          |                            |          |          |          |            |      |      |       |             |              |       |          |     |       |              |             |             |             |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-----------------|-----------------------|--------------------|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|--------------------|----------|-----------|------------|--------------|-------------|---------------------|----------|---------------------------|----------------------|-------|----------|-----------|------------|-------------|--|-------|----------|-----|-------------------|-------------|----------|----------------------------|----------|----------|----------|------------|------|------|-------|-------------|--------------|-------|----------|-----|-------|--------------|-------------|-------------|-------------|--|--|--|--|--|--|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                   |                |                   |                |                 |                       |                    |     | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSION |     |     |     |                    |          |           |            |              |             | SEGURIDAD SOCIAL    |          |                           |                      |       |          |           |            |             |  | SALUD |          |     |                   |             |          |                            |          |          |          | ARP        |      |      |       |             |              |       |          |     |       | PARAFISCALES |             |             |             |  |  |  |  |  |  |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES           | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET       | TAE | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC     | AVP | VCT | IRP | ADMIN              | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN | FSP          |             | APORTES VOLUNTARIOS |          | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE         | ADMIN | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE                           | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORT | DÍAS COT | IBC                        | CCF      |          | SENA     |            | ICBF | ESAP | MINED |             |              |       |          |     |       |              |             |             |             |  |  |  |  |  |  |
|                               |                |                   |                |                   |                |                 |                       |                    |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |                    |          |           |            | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR           | EMPLEADO |                           |                      |       |          |           |            |             |  |       |          |     |                   |             |          |                            | ADMIN    | DÍAS COT | IBC      | COTIZACIÓN |      |      |       | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORT  | TOTAL APORT | TOTAL APORT | TOTAL APORT |  |  |  |  |  |  |
| 1                             | CC 91293992    | HENAO DIAZ FERNEY | DEPEND         |                   | \$ 1.750.905   | FUJO            |                       | NO                 |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     | 25-14 COLPENSIONES | 30       | 1.750.905 | \$ 280.200 | \$           | \$          | \$                  | Norma    | \$ 280.200                | EPS046-SALUD MIA EPS | 3     | 1.750.90 | \$ 218.90 | \$         | \$ 218.90   | 14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A | 3     | 1.750.90 | 123 | \$ 9.20           | 3           | 1.750.90 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | \$ 70.10 | \$ 35.10 | \$ 52.60 | \$         | \$   |      |       |             |              |       |          |     |       |              |             |             |             |  |  |  |  |  |  |

**TOTAL PAGADO: \$ 668.700**

### ACTA DE TERMINACIÓN Y/O LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO.

|                              |    |    |    |  |  |  |
|------------------------------|----|----|----|--|--|--|
| <b>TIPO DE CONTRATO:</b>     |    |    |    | CONVENIO ESPECIAL  |  |  |
| <b>CONVENIO No. Y FECHA:</b> |    |    |    | 55 del (29) de enero de 2026   |  |  |
| <b>CONTRATISTA:</b>          |    |    |    | FUNDACIÓN MANANTIAL DE EXPERIENCIAS.<br>FERNEY HENAO DÍAZ  |  |  |
| <b>Nit o C.C. No.</b>        |    |    |    | NIT No. 900552128-7.   |  |  |
| <b>OBJETO:</b>               |    |    |    | "AUNAR ESFUERZOS EN LA ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES, EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD CON ATENCIÓN EN EL CENTRO DE VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER ENMARCADO EN EL PROYECTO: "ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN EN CONDICION DE VULNERABILIDAD CON ATENCION EN EL CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER" |  |  |
| <b>VALOR INICIAL:</b>        |    |    |    | DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS (\$241,471,560.00), MCTE.  |  |  |
| <b>VALOR ADICIONAL:</b>      |    |    |    | DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS (\$119.957.676), MCTE.  |  |  |
| <b>PLAZO INICIAL:</b>        |    |    |    | TREINTA (30) DIAS HABILES  |  |  |
| <b>PLAZO ADICIONAL:</b>      |    |    |    | ONCE (11) DIAS HABILILES   |  |  |
| <b>SUPERVISOR:</b>           |    |    |    | MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA<br>SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL.   |  |  |
| <b>FECHA DE INICIACIÓN:</b>  |    |    |    | 09 DE FEBRERO DE 2026  |  |  |
| <b>ACTA DE SUSPENSIÓN</b>    | Nº | Nº | Nº | N/A  |  |  |
| <b>ACTA DE REINICIACIÓN</b>  | Nº | Nº | Nº | N/A  |  |  |
| <b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b> |    |    |    | 30 DE MARZO DE 2026  |  |  |
| <b>MUNICIPIO:</b>            |    |    |    | RIONEGRO SANTANDER   |  |  |
| <b>OFICINA GESTORA:</b>      |    |    |    | SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL.   |  |  |

**Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro (Santander)**

[www.rionegro-santander.gov.co](http://www.rionegro-santander.gov.co)

[servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co](mailto:servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co) - [notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co](mailto:notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co)

**Contacto: 3156295344**

En Rionegro Santander, el día 08 del mes de abril de 2026, se reunieron, **HÉCTOR JOHANNY SANTANA MUÑOZ**, alcalde Municipal, **MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA** en calidad de Supervisora y **FUNDACIÓN MANANTIAL DE EXPERIENCIAS**. Y representada legalmente por **FERNEY HENAO DÍAZ**, en calidad de Contratista, con el fin de suscribir la presente Acta de terminación y/o liquidación por mutuo acuerdo.

#### CONSIDERANDO

1. Que entre el Municipio de Rionegro Santander y **FUNDACIÓN MANANTIAL DE EXPERIENCIAS** se celebró el contrato No. **55 del 2026** cuyo objeto es **“AUNAR ESFUERZOS EN LA ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES, EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD CON ATENCIÓN EN EL CENTRO DE VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER ENMARCADO EN EL PROYECTO: “ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN EN CONDICION DE VULNERABILIDAD CON ATENCION EN EL CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER”**
2. Que el día 29 de enero de 2026 se suscribió entre la supervisión del contrato y el contratista, Acta de inicio del contrato **No. 55 DE 2026**.
3. Que el acta de inicio arriba descrita fue fijada con fecha de terminación el día 30 de marzo de 2026.
4. El Municipio pagará al contratista así: Mediante actas parciales de conformidad al valor estipulado en el cuadro de presupuesto, con su respectivo informe de actividades e informe del supervisor, con su respectivo informe de actividades e informe del supervisor. Para efectuar el pago referenciado, se debe generar informe por parte del supervisor del contrato donde se dé cumpliendo a los requisitos legales y administrativos necesarios, anexando a su vez el contratista, el informe de cumplimiento a satisfacción del objeto contractual, al igual que el pago del sistema de seguridad social integral y parafiscal, de conformidad con el Artículo 23 parágrafo 1 de la Ley 1150 de 2007. Es responsabilidad del supervisor verificar el pago de los aportes a la Seguridad Social, adicionalmente la presentación de los informes por parte del contratista y el informe del cumplido a satisfacción firmado por el Supervisor designado por el Municipio. El contratista autoriza al Municipio para que, por conducto de la Secretaría de Hacienda Municipal en los pagos a realizar, efectúe las deducciones correspondientes a los gravámenes ordenanzaes, municipales y legales que apliquen.
5. Que se verificó por parte del supervisor el cumplimiento del objeto contractual mediante acta final suscrita el 08 de abril de 2026.
6. Que en consecuencia se procederá a la liquidación del mismo de conformidad con el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.
7. Que el balance financiero del contrato y/o convenio es el siguiente:  
**Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro (Santander)**

## RELACIÓN Y BALANCE

|                             |                          |                          |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| VALOR CONTRATO INICIAL      | \$241.471.560,00=        |                          |
| VALOR ADICIONAL             | \$ 119.957.676,00=       |                          |
| VALOR PRIMER PAGO           |                          | \$153.982.824,00=        |
| VALOR PAGO FINAL            |                          | \$207.442.412,00=        |
| SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO |                          | \$4.000,00=              |
| <b>SUMAS IGUALES</b>        | <b>\$361.429.236,00=</b> | <b>\$361.429.236,00=</b> |

NOTA: Que una vez la Tesorería Municipal de Rionegro, efectúe el último pago correspondiente al acta final suscrita por el contratista y el supervisor el día 31 de diciembre de 2025 las partes intervinientes se declaran a paz y salvo por todo concepto derivado de la ejecución del contrato No. 388 DE 2025

8. Que durante la ejecución del contrato se verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

9. GARANTÍAS DEL CONTRATO:

POLIZA N° B-100075091  
ASEGURADORA SEGUROS MUNDIAL  
FECHA DE EXPEDICIÓN 05 DE FEBRERO DE 2026

| AMPARO   | VR ASEGURADO     | VIGENCIA                |
|--|------------------|-------------------------|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO                      | \$ 48.294.312,00 | 29/01/2026 A 12/07/2026 |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND. | \$ 24.147.156,00 | 29/01/2026 A 13/03/2029 |
| CALIDAD DEL SERVICIO                           | \$ 48.294.312,00 | 29/01/2026 A 12/09/2026 |

10. CONSTANCIAS:

Así las partes firmantes de esta acta manifestaron estar de acuerdo con la presente acta de liquidación y dejamos los siguientes acuerdos:

### ACUERDAN

1. Que el presente contrato fue ejecutado bajo la supervisión de la SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL.
2. Que el balance financiero del contrato y/o convenio es el siguiente:

**Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro (Santander)**

[www.rionegro-santander.gov.co](http://www.rionegro-santander.gov.co)

[servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co](mailto:servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co) - [notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co](mailto:notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co)

**Contacto: 3156295344**

|                             |                          |                          |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| VALOR CONTRATO INICIAL      | \$241,471,560,00=        |                          |
| VALOR ADICIONAL             | \$ 119.957.676,00=       |                          |
| VALOR PRIMER PAGO           |                          | \$153.982.824,00=        |
| VALOR PAGO FINAL            |                          | \$207.442.412,00=        |
| SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO |                          | \$4.000,00=              |
| <b>SUMAS IGUALES</b>        | <b>\$361.429.236,00=</b> | <b>\$361.429.236,00=</b> |

3. Que el contratista renuncia a cualquier reclamación judicial o extrajudicial por concepto del contrato No.55 de 2026.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, en Rionegro Santander, a los ocho (08) del mes de abril del año dos mil veintiséis (2026).



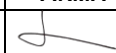



**HÉCTOR JOHANNY SANTANA MUÑOZ**  
Alcalde Municipal




**FUNDACIÓN MANANTIAL DE EXPERIENCIAS**  
CONTRATISTA




**MONICA MARCELA PEREZ**  
SECRETARIA DE SALUD, MUJER BIENESTAR SOCIAL

| ACCIÓN:   | NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA   | FIRMA   | FECHA      |
|---|--|---|------------|
| Proyecto  | María José Gutiérrez Monsalve/ Apoyo Administrativo                          |  | 08/04/2026 |
| Reviso  | Mónica Marcela Pérez Esparza / Secretaria de Salud, Mujer y Bienestar Social |  | 08/04/2026 |
| Reviso Aspectos Contractuales   | Anderson García / Abogado  |  | 08/04/2026 |
| Reviso Aspectos Jurídicos   | Julio Cesar Serrano / Abogado de Despacho                                    |  | 08/04/2026 |
| Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo que bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma. |  |   |            |

**Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro (Santander)**

 [www.rionegro-santander.gov.co](http://www.rionegro-santander.gov.co)

 [servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co](mailto:servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co) - [notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co](mailto:notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co)

**Contacto: 3156295344**



MUNICIPIO DE RIONEGRO (SANTANDER)

|                |            |
|----------------|------------|
| <b>Código</b>  | 110-10-08  |
| <b>Versión</b> | 2          |
| <b>Fecha</b>   | 20/02/2024 |

INFORMACIÓN BANCARIA PARA PAGOS

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 08 DE ABRIL DE 2026

INFORMACION GENERAL

|  |          |           |                               |    |  |    |             |      |
|--|----------|-----------|-------------------------------|----|--|----|-------------|------|
| PERSONA  | Natural  |           | IDENTIFICACION                | CC |  | No | 900552128-7 | D.V. |
|  | Jurídica | X         |                               | CE |  |    | NIT         |      |
| APELLIDOS / EMPRESA  |          |           | NOMBRES / REPRESENTANTE LEGAL |    |  |    |             |      |
| FUNDACIÓN MANANTIAL DE EXPERIENCIAS                                  |          |           | FERNEY HENAO DÍAZ             |    |  |    |             |      |
| DIRECCIÓN  |          |           | CIUDAD                        |    |  |    |             |      |
| CALLE 111 # 22 B – 52  |          |           | BUCARAMANGA                   |    |  |    |             |      |
| TELEFONO FIJO  |          |           | MOVIL / CELULAR               |    |  |    |             |      |
| Número   |          | Extensión | Número                        |    |  |    |             |      |
|  |          |           | 3203960941                    |    |  |    |             |      |
| E-MAIL   |          |           |                               |    |  |    |             |      |
| <a href="mailto:manantialex12@gmail.com">manantialex12@gmail.com</a> |          |           |                               |    |  |    |             |      |

INFORMACION BANCARIA

|                                     |             |             |
|-------------------------------------|-------------|-------------|
| TIPO DE CUENTA                      | NÚMERO      | BANCO       |
| Cuenta de Ahorros                   | 79212148151 | BANCOLOMBIA |
| VERIFIQUE QUE LA CUENTA ESTÉ ACTIVA |             |             |

OBSERVACIÓN

---

Certifico que la información aquí suministrada es **Legible y Verídica**.

|                     |        |                   |  |        |            |    |  |     |  |  |  |
|---------------------|--------|-------------------|--|--------|------------|----|--|-----|--|--|--|
| REPRESENTANTE LEGAL | NOMBRE | FERNEY HENAO DÍAZ |  | Número | 91.293.992 |    |  |     |  |  |  |
|                     | FIRMA  |                   | <table border="1"> <tr> <td>CC</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>CE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NIT</td> <td></td> </tr> </table> | CC     | X          | CE |  | NIT |  |  |  |
| CC                  | X      |                   |  |        |            |    |  |     |  |  |  |
| CE                  |        |                   |  |        |            |    |  |     |  |  |  |
| NIT                 |        |                   |  |        |            |    |  |     |  |  |  |



(92)02500900901444

**FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES**



**DATOS DEL CONVENIO**  
 Nombre del convenio: Adulto Código convenio / No. cuenta: 048500071393  
 Referencia 1: 900552128 Referencia 2: \_\_\_\_\_  
 No. factura: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_ No. factura: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

**FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA**  
 Efectivo  Cheque **CARGO A CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO**  
 Cuenta de Ahorro  Cuenta Corriente  Tarjeta de Crédito\* No. de cuotas: \_\_\_\_\_  
 Cuenta / tarjeta (origen fondos)

**RELACIÓN DE CHEQUES LOCALES**  
 Código banco: \_\_\_\_\_ No. Cheque: \_\_\_\_\_ No. cuenta del cheque: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_  
 Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta \$ 1.991.474  
 No. cheques: \_\_\_\_\_ Total cheque \$ \_\_\_\_\_  
 Total \$ 1.991.474

**COBRO POR VENTANILLA**  
 Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_ Identificación del beneficiario: \_\_\_\_\_ Valor a cobrar \$ \_\_\_\_\_

**PAGO DE PLANILLA**  
 Planilla asistida  Pin único Número planilla / Pin único: \_\_\_\_\_ Periodo liquidado (AAAA/MM): \_\_\_\_\_

**DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN**  
 Nombre y apellidos: Martha de Marañal Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Documento identidad:  CC  CE  TI  NIT No. documento: \_\_\_\_\_ Firma de quien realiza la transacción: \_\_\_\_\_ Huella: \_\_\_\_\_

El Banco Davivienda S.A. actúa bajo la exclusiva responsabilidad de Fiduciaria Davivienda S.A. y Corredores Davivienda S.A., por lo tanto no asume obligación alguna relacionada con la ejecución de los negocios celebrados en su nombre. Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de verificación posterior y no serán efectivos sino hasta cuando el banco librado acepte su pago, el cliente acepta desde ahora ajustes en sus saldos a que hubiere lugar. \* Los pagos con cargo a tarjeta de crédito están sujetos a previa contratación y autorización de la empresa recaudadora. Comprobante válido con el sello del cajero.

- CLIENTE -

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

- SUMMAS S.A.S. -



(92)02500900901436

**FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES**



**DATOS DEL CONVENIO**  
 Nombre del convenio: Cultura Código convenio / No. cuenta: 108093775  
 Referencia 1: 900552128 Referencia 2: \_\_\_\_\_  
 No. factura: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_ No. factura: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

**FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA**  
 Efectivo  Cheque **CARGO A CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO**  
 Cuenta de Ahorro  Cuenta Corriente  Tarjeta de Crédito\* No. de cuotas: \_\_\_\_\_  
 Cuenta / tarjeta (origen fondos)

**RELACIÓN DE CHEQUES LOCALES**  
 Código banco: \_\_\_\_\_ No. Cheque: \_\_\_\_\_ No. cuenta del cheque: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_  
 Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta \$ 2.489.309  
 No. cheques: \_\_\_\_\_ Total cheque \$ \_\_\_\_\_  
 Total \$ 2.489.309

**COBRO POR VENTANILLA**  
 Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_ Identificación del beneficiario: \_\_\_\_\_ Valor a cobrar \$ \_\_\_\_\_

**PAGO DE PLANILLA**  
 Planilla asistida  Pin único Número planilla / Pin único: \_\_\_\_\_ Periodo liquidado (AAAA/MM): \_\_\_\_\_

**DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN**  
 Nombre y apellidos: Martha de Marañal de Espinosa Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Documento identidad:  CC  CE  TI  NIT No. documento: \_\_\_\_\_ Firma de quien realiza la transacción: \_\_\_\_\_ Huella: \_\_\_\_\_

El Banco Davivienda S.A. actúa bajo la exclusiva responsabilidad de Fiduciaria Davivienda S.A. y Corredores Davivienda S.A., por lo tanto no asume obligación alguna relacionada con la ejecución de los negocios celebrados en su nombre. Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de verificación posterior y no serán efectivos sino hasta cuando el banco librado acepte su pago, el cliente acepta desde ahora ajustes en sus saldos a que hubiere lugar. \* Los pagos con cargo a tarjeta de crédito están sujetos a previa contratación y autorización de la empresa recaudadora. Comprobante válido con el sello del cajero.

- CLIENTE -

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

- SUMMAS S.A.S. -

**BANCO DAVIVIENDA**  
 Recaudo Empresarial  
 Fecha: 08/04/2026 Hora: 15:38:54  
 Jornada: Normal  
 Oficina: 0485  
 Terminal: CJ0485W101  
 Usuario: EGZ

**DATOS DEL CONVENIO**  
 Nombre del Convenio: RECAUDO JUSTICIA FAMILIAR  
 Cuenta Convenio: \*\*\*\*\*5690  
 Código Convenio: 01620392  
 No. Referencia 1: 9005521287  
 No. Referencia 2: \_\_\_\_\_

**Forma de Pago:** Efectivo  
 Vr. Total: \$4,148,848.00  
 Costo transacción: \$0.00  
 No. Transacción: 181594  
 Quien realiza la transacción: \_\_\_\_\_  
 Tipo Id: NIT  
 Número Id: 9005521287  
 Transacción exitosa en línea  
 Por favor verifique que la información impresa es correcta.

**BANCO DAVIVIENDA**  
 Recaudo Empresarial  
 Fecha: 08/04/2026 Hora: 15:38:37  
 Jornada: Normal  
 Oficina: 0485  
 Terminal: CJ0485W101  
 Usuario: EGZ

**DATOS DEL CONVENIO**  
 Nombre del Convenio: Mpio Rionegro IND y CIO  
 Cuenta Convenio: \*\*\*\*\*6979  
 Código Convenio: 01608348  
 No. Referencia 1: 9005521287  
 No. Referencia 2: \_\_\_\_\_

**Forma de Pago:** Efectivo  
 Vr. Total: \$1,244,654.00  
 Costo transacción: \$0.00  
 No. Transacción: 804574  
 Quien realiza la transacción: \_\_\_\_\_  
 Tipo Id: NIT  
 Número Id: 9005521287  
 Transacción exitosa en línea  
 Por favor verifique que la información impresa es correcta.

**BANCO DAVIVIENDA**  
 Recaudo Empresarial  
 Fecha: 08/04/2026 Hora: 15:38:18  
 Jornada: Normal  
 Oficina: 0485  
 Terminal: CJ0485W101  
 Usuario: EGZ

**DATOS DEL CONVENIO**  
 Nombre del Convenio: RECAUDO PRODEPORTE  
 Cuenta Convenio: \*\*\*\*\*5428  
 Código Convenio: 01620384  
 No. Referencia 1: 9005521287  
 No. Referencia 2: \_\_\_\_\_

**Forma de Pago:** Efectivo  
 Vr. Total: \$3,111,636.00  
 Costo transacción: \$0.00  
 No. Transacción: 948414  
 Quien realiza la transacción: \_\_\_\_\_  
 Tipo Id: NIT  
 Número Id: 9005521287  
 Transacción exitosa en línea  
 Por favor verifique que la información impresa es correcta.

BANCO DAVIVIENDA  
 Depositos Efectivo  
 Fecha: 08/04/2026 Hora: 15:38:02  
 Jornada: Normal  
 Oficina: 0485  
 Terminal: CJ0485W101  
 Usuario: EGZ  
 Tipo Producto: Cta Corriente  
 No Cuenta: 0000000108018946  
 Titular Producto:  
 MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTIANDER  
 Vr. Efectivo: \$622,327.00  
 Vr. Cheque: \$0.00  
 Vr. Total: \$622,327.00  
 Costo transaccion: \$11,200.00  
 No transaccion: 273922  
 Quien realiza la transaccion  
 Tipo Id: NIT  
 No Id: 9005521287  
 Transaccion exitosa en linea  
 Por favor verifique que la  
 informacion impresa es correcta.

BANCO DAVIVIENDA  
 Recaldo Empresarial  
 Fecha: 08/04/2026 Hora: 15:37:44  
 Jornada: Normal  
 Oficina: 0485  
 Terminal: CJ0485W101  
 Usuario: EGZ  
 DAIOS DEL CONVENIO  
 Nombre del Convenio:  
 ESTAMPILLAS PROANCIANO 70 MUNICI  
 Cuenta Convenio:\*\*\*\*\*4819  
 Codigo Convenio: 01433788  
 No. Referencia 1:  
 9005521287  
 No. Referencia 2:  
 Forma de Pago: Efectivo  
 Vr. Total: \$4,646,710.00  
 Costo transaccion: \$0.00  
 No. transaccion: 838132  
 Quien realiza la transaccion  
 Tipo Id: NIT  
 Numero Id: 9005521287  
 Transaccion exitosa en linea  
 Por favor verifique que la  
 informacion impresa es correcta.

BANCO DAVIVIENDA  
 Depositos Efectivo  
 Fecha: 08/04/2026 Hora: 15:37:24  
 Jornada: Normal  
 Oficina: 0485  
 Terminal: CJ0485W101  
 Usuario: EGZ  
 Tipo Producto: Cta Corriente  
 No Cuenta: 0000000108021155  
 Titular Producto:  
 MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTIANDER  
 Vr. Efectivo: \$1,659,539.00  
 Vr. Cheque: \$0.00  
 Vr. Total: \$1,659,539.00  
 Costo transaccion: \$11,200.00  
 No transaccion: 526580  
 Quien realiza la transaccion  
 Tipo Id: NIT  
 No Id: 9005521287  
 Transaccion exitosa en linea  
 Por favor verifique que la  
 informacion impresa es correcta.

|  <b>MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER</b><br><b>SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO</b><br><b>FORMATO PAGO ESTAMPILLA MUNICIPAL</b> |                                     |                                |                   |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------|
| Nombre y/o Razon Social:  | FUNDACION MANANTIAL DE EXPERIENCIAS | Numero Contrato:               | 55/2026           |
| Cedula o Nit:   | 900.552.128                         | Fecha Contrato:                | 29/01/2026        |
| Telefono:   | 3213032750                          | Valor Base :                   | 207.442.412       |
| Direccion:  | CALLE 104 8A 26 PORVENIR            | Valor Total Contrato:          | 241.471.560       |
| Municipio:  | BUCARAMANGA                         | Valor Orden de Pago:           | 207.442.412       |
| Departamento:   | SANTANDER                           | No. Orden de Pago:             | 2                 |
| LIQUIDACION   |                                     |                                |                   |
| <b>Estampilla Pro-Adulto:</b>   | 4%                                  |                                | 8.297.696         |
| Cuenta corriente fonpet No. 108021155 Davivienda  | 20% (4%)                            | FONDO PENSIONES                | 1.659.539         |
| Cuenta Ahorros No. 108124819 Davivienda   | 70%                                 | ALCALDIA MUNICIPAL             | 4.646.710         |
| Cuenta Ahorros No. 048500071393 Davivienda  | 30%                                 | PRO-CASA DEL ANCIANO           | 1.991.447         |
| <b>Estampilla Pro-Cultura:</b>  | 1,5%                                |                                | 3.111.636         |
| Cuenta Ahorros No. 108093725 Davivienda   |                                     | PRO CULTURA                    | 2.489.309         |
| Cuenta corriente fonpet No. 108018946 Davivienda  | 20% (0,5%)                          | FONDO PENSIONES                | 622.327           |
| <b>Estampilla Pro-Deporte:</b>  | 1,5%                                |                                | 3.111.636         |
| Cuenta Ahorros No. 048500075428 Davivienda  |                                     |                                | 3.111.636         |
| <b>Industria y Comercio</b>   | 0,6%                                |                                | 1.244.654         |
| Cuenta Ahorros No. 048500086979 Davivienda  |                                     |                                | 1.244.654         |
| <b>Estampilla Justicia familiar</b>   | 2,0%                                | Acuerdo N' 14 del 19 dic 2023  | 4.148.848         |
| Cuenta Ahorros No. 048500085690 Davivienda  |                                     |                                | 4.148.848         |
| Fecha Expedicion:   | 08/04/2026                          | <b>VALOR TOTAL A CONSIGNAR</b> | <b>19.914.472</b> |

51  
 08 ABR 2026  
 PROCESADO

# Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº  
2502600239166

|                                     |   |   |                          |                   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |            |
|-------------------------------------|---|---|--------------------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------------|---------|---------------|----|------------|-------------|----------------|------------|
| Contribuyente                       | <b>Trámite</b> CONVENIOS GENERALES              | <b>Contribuyente</b>  | Tipo de Doc. N.I.        | Número 9005521287 |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |            |
|                                     | PRO HOSPITAL \$4.148.800<br>PRO UIS \$4.148.800 | Nombre FUNDACION MANANTIAL DE EXPERIENCIAS CULTURA DE AMO<br>Dirección<br>Municipio   | Teléfono<br>Departamento |                   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |            |
| Total Ordenanza 012                 |   |   |                          |                   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |            |
| <b>Total a Pagar \$9.127.360</b>    |   | <table border="0"> <tr><td>VALOR ORDEN DE PAGO</td><td>207.442.412</td></tr> <tr><td>VALOR TOTAL CONVENIO</td><td>381.429.236</td></tr> <tr><td>NUMERO ORDEN DE PAGO</td><td>FVME237</td></tr> <tr><td>NRO. CONVENIO</td><td>55</td></tr> <tr><td>VALOR BASE</td><td>207.442.412</td></tr> <tr><td>FECHA CONVENIO</td><td>29/01/2026</td></tr> </table> |                          |                   | VALOR ORDEN DE PAGO | 207.442.412 | VALOR TOTAL CONVENIO | 381.429.236 | NUMERO ORDEN DE PAGO | FVME237 | NRO. CONVENIO | 55 | VALOR BASE | 207.442.412 | FECHA CONVENIO | 29/01/2026 |
| VALOR ORDEN DE PAGO                 | 207.442.412                                     |   |                          |                   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |            |
| VALOR TOTAL CONVENIO                | 381.429.236                                     |   |                          |                   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |            |
| NUMERO ORDEN DE PAGO                | FVME237   |   |                          |                   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |            |
| NRO. CONVENIO                       | 55  |   |                          |                   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |            |
| VALOR BASE                          | 207.442.412                                     |   |                          |                   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |            |
| FECHA CONVENIO                      | 29/01/2026                                      |   |                          |                   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |            |
| Fecha de Expedición 2026/04/08      |   | Fecha Limite de Pago 2026/04/09   |                          |                   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |            |
| Con destino a: Alcaldía de Rionegro |   |   |                          |                   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |            |

|   |  |                                     |   |   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |
|---|--|-------------------------------------|---|---|---------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------------|---------|---------------|----|------------|-------------|----------------|
| Trámite   | Gobernación de Santander<br>Secretaría de Hacienda | Recaudo de Estampillas              | Recibo Nº<br>2502600239166  | PRO HOSPITAL \$4.148.800<br>PRO UIS \$4.148.800   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |
|   | <b>Trámite</b> CONVENIOS GENERALES                 | Con destino a: Alcaldía de Rionegro |  | <table border="0"> <tr><td>VALOR ORDEN DE PAGO</td><td>207.442.412</td></tr> <tr><td>VALOR TOTAL CONVENIO</td><td>381.429.236</td></tr> <tr><td>NUMERO ORDEN DE PAGO</td><td>FVME237</td></tr> <tr><td>NRO. CONVENIO</td><td>55</td></tr> <tr><td>VALOR BASE</td><td>207.442.412</td></tr> <tr><td>FECHA CONVENIO</td><td>29/01/2026</td></tr> </table> | VALOR ORDEN DE PAGO | 207.442.412 | VALOR TOTAL CONVENIO | 381.429.236 | NUMERO ORDEN DE PAGO | FVME237 | NRO. CONVENIO | 55 | VALOR BASE | 207.442.412 | FECHA CONVENIO |
| VALOR ORDEN DE PAGO                               | 207.442.412  |                                     |   |   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |
| VALOR TOTAL CONVENIO                              | 381.429.236  |                                     |   |   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |
| NUMERO ORDEN DE PAGO                              | FVME237  |                                     |   |   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |
| NRO. CONVENIO                                     | 55   |                                     |   |   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |
| VALOR BASE  | 207.442.412  |                                     |   |   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |
| FECHA CONVENIO                                    | 29/01/2026   |                                     |   |   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |
| Tipo de Doc. N.I.                                 |  | Número: 9005521287                  |   | <b>Total</b> \$8.297.600  |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |
| Nombre: FUNDACION MANANTIAL DE EXPERIENCIAS CULTU |  | Dirección:                          |   | Ordenanza 012 \$829.760   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |
| <b>Total a Pagar \$9.127.360</b>                  |  |                                     |   |   |                     |             |                      |             |                      |         |               |    |            |             |                |

BANCO DAVIVIENDA  
Recaudo Empresarial  
Fecha: 08/04/2026 Hora: 15:36:07  
Jornada: Normal  
Oficina: 0485  
Terminal: CJ0485W101  
Usuario: EGZ

DAIOS DEL CONVENIO  
Nombre del Convenio:  
SISTEMAS Y COMPUTADORES S.A - OR  
Cuenta Convenio:\*\*\*\*\*3010  
Codigo Convenio: 01029081  
No. Referencia 1:  
9005521287  
No. Referencia 2:  
2502600239166  
Forma de Pago: Efectivo  
Vr. Total: \$829,760.00  
Costo transaccion: \$0.00  
No. Transaccion: 361706  
Quien realiza la transaccion  
Tipo Id: N11  
Numero Id: 9005521287  
Transaccion exitosa en linea  
Por favor verifique que la  
informacion impresa es correcta.

**ACTA DE INICIO**

|  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <b>TIPO DE CONVENIO:</b>               | CONVENIO ESPECIAL  |                                   |
| <b>CONVENIO</b>                        | <b>No. 55</b>  | <b>FECHA:</b> 29 de enero de 2026 |
| <b>OBJETO</b>                          | "AUNAR ESFUERZOS EN LA ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES, EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD CON ATENCIÓN EN EL CENTRO DE VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER ENMARCADO EN EL PROYECTO: "ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN EN CONDICION DE VULNERABILIDAD CON ATENCION EN EL CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER" |                                   |
| <b>CONTRATISTA</b>                     | FUNDACIÓN MANANTIAL DE EXPERIENCIAS<br>Rep. Ferney Henao Diaz  |                                   |
| <b>CEDULA O NIT</b>                    | 900.552.128-7<br>C.C. 91.293.992 de Bucaramanga (S/der)  |                                   |
| <b>VALOR INICIAL:</b>                  | DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS m/cte. (\$241,471,560.00), MCTE.   |                                   |
| <b>ANTICIPO</b>                        | NO APLICA  |                                   |
| <b>PLAZO INICIAL:</b>                  | TREINTA (30) DÍAS HÁBILES O HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO  |                                   |
| <b>NOMBRE INTERVENTOR</b>              | No Aplica  |                                   |
| <b>NUMERO CONTRATO DEL INTERVENTOR</b> | No Aplica  |                                   |
| <b>Nit o C.C. DEL INTERVENTOR</b>      | No Aplica  |                                   |
| <b>SUPERVISORA</b>                     | MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA   |                                   |
| <b>FECHA DE INICIACION:</b>            | 09/02/2026   |                                   |
| <b>FECHA DE TERMINACION:</b>           | 30/03/2026   |                                   |
| <b>OFICINA GESTORA:</b>                | SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL  |                                   |

En Rionegro-Santander, a los nueve (09) días del mes de febrero de 2026, en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Rionegro-Santander, se reunieron **MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA**, en calidad de Supervisora del presente contrato y **FUNDACION MANANTIAL DE EXPERIENCIAS Rep. Legal Ferney Henao Diaz**, quien comparece a nombre propio y/o como representante legal, de la parte contratista y considerando que se encuentran revisados todos los requisitos para dar inicio a la ejecución del presente contrato, se suscribe la presente acta.

**CONSIDERANDO**

**1. APROBACION POLIZAS**

POLIZA N°  
ASEGURADORA  
FECHA DE EXPEDICIÓN

B-100075091  
SEGUROS MUNDIAL  
05 DE FEBRERO DE 2026

**AMPARO**

**VR ASEGURADO**

**VIGENCIA**

|  |                  |                         |
|--|------------------|-------------------------|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO                      | \$ 48.294.312,00 | 29/01/2026 A 12/07/2026 |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND. | \$ 24.147.156,00 | 29/01/2026 A 13/03/2029 |
| CALIDAD DEL SERVICIO                           | \$ 48.294.312,00 | 29/01/2026 A 12/09/2026 |

## 2. SOPORTES FINANCIEROS

| CONCEPTO | NUMERO   | FECHA (DDMMAA) | RUBRO PRESUPUESTAL                    | FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR                 |
|----------|----------|----------------|---------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| C.D.P.   | 26A00139 | 26/01/2026     | 2.3.2.02.02.41.04.009.41040080<br>002 | FANC                   | \$241.471.560,0<br>0= |
| R.P.     | 26A00169 | 29/01/2026     | 2.3.2.02.02.41.04.009.41040080<br>002 | FANC                   | \$241.471.560,0<br>0= |

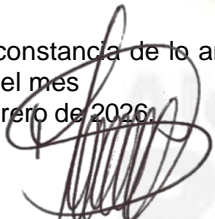
## 3. FORMA DE PAGO:


El Municipio pagará al contratista así: Mediante **actas parciales** de conformidad al valor estipulado en el cuadro de presupuesto, con su respectivo informe de actividades e informe del supervisor, con su respectivo informe de actividades e informe del supervisor. Para efectuar el pago referenciado, se debe generar informe por parte del supervisor del contrato donde se dé cumpliendo a los requisitos legales y administrativos necesarios, anexando a su vez el contratista, el informe de cumplimiento a satisfacción del objeto contractual, al igual que el pago del sistema de seguridad social integral y parafiscal, de conformidad con el Artículo 23 parágrafo 1 de la Ley 1150 de 2007. Es responsabilidad del supervisor verificar el pago de los aportes a la Seguridad Social, adicionalmente la presentación de los informes por parte del contratista y el informe del cumplimiento a satisfacción firmado por el Supervisor designado por el Municipio. El contratista autoriza al Municipio para que, por conducto de la Secretaría de Hacienda Municipal en los pagos a realizar, efectúe las deducciones correspondientes a los gravámenes ordenanzas, municipales y legales que apliquen.

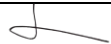
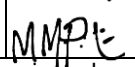
### ACUERDAN:

1. Firmar la presente acta de inicio del convenio No. 55, de fecha veintinueve (29) días de enero de 2026.
2. Fijar como fecha de inicio del convenio 55, de fecha nueve (9) días de febrero de 2026.
3. Fijar como fecha de terminación del convenio No. 55, el día treinta (30) de marzo de 2026.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los nueve (9) días del mes de febrero de 2026.

  
**MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA**  
Secretaria de Salud, Mujer y Bienestar Social  
Supervisora

  
**FUNDACION MANANTIAL DE EXPERIENCIAS**  
Rep. Legal Ferney Henao Diaz  
Contratista

| ACCIÓN:   | NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA   | FIRMA   | FECHA      |
|---|--|---|------------|
| Proyectó  | MARIA JOSE GUTIERREZ MONSALVE – CPS  |  | 09/02/2026 |
| Revisó:   | MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA – Secretaria de Salud, Mujer y Bienestar Social |  | 09/02/2026 |
| Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo que bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma. |  |   |            |