| Alcaldía Municipal de Floridablanca | OBLIGACIÓN CONTRAIDA | CÓDIGO | GMFP- F- 07 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 08 |
| | SECRETARÍA DE HACIENDA | FECHA ELAB | 28-Agosto-2019 |
| | | FECHA APROB | 2/01/2024 |
| | PROCESO: GESTIÓN Y MANEJO DE LAS FINANZAS PUBLICAS | TRD | 900 |

| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTÍSIMA SAMARITANA | | | | | | |
| C.C. O NIT | 900225215-8 | | | | | | |
| NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO | 3187075141 | | | | | | |
| VALOR COBRADO | 30,471,000.00 | | | | | | |
| PERIODO DEL VALOR COBRADO | DÍA: 06 | MES: 03 | AÑO: 2026 | — | DÍA: 05 | MES: 04 | AÑO: 2026 |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATO : | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | CONTRATO No. | | FECHA INICIO DEL CONTRATO | | |
| CONVENIO DE ASOCIACIÓN | 202600001577- Co1.pccntr.9257140 | | DÍA: 06 | MES: 02 | AÑO: 2026 |
| CDP:26-01085 | FECHA: 2026-01-14 | RP:26-01735 | FECHA: 2026-02-06 | | |
| CDP ADICIONAL: | FECHA: | RP ADICIONAL: | FECHA: | | |
| OBJETO CONTRACTUAL: | CO1.PCCNTR.9257140 AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR PROTECCIÓN Y BIENESTAR A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, CON LA METODOLOGÍA DE SISBEN IV ENTRE A1 A C18 O CARENTES DE RECURSOS ECONÓMICOS, ASÍ COMO BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A SUS NECESIDADES Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA, CONFORME A LAS LEYES 1276 Y 1315 DE 2009 - LOTE 3. | | | | |

| CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD BANCARIA | BANCO DAVIVIENDA | | | | |
| NÚMERO DE CUENTA | 046700041448 | AHORROS | X | CORRIENTE | |

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 | Viviana Del Rosario Peinado Ferreira | | |
| CARGO SUPERVISOR | Secretaria de desarrollo social | | |
| FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN | DÍA:22 | MES:05 | AÑO: 2026 |

CERTIFICO QUE CUMPLO CON LAS RESPONSABILIDADES COMO SUPERVISOR DE ESTE CONTRATO DEFINIDAS EN EL DOCUMENTO MECI [ CO-F-103-18.005 ] *"DESIGNACIÓN Y/O NOTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO"*.

**FIRMAS RESPONSABLES**

**FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTÍSIMA SAMARITANA**
CONTRATISTA

**Viviana Del Rosario Peinado Ferreira**
Secretaria de desarrollo social
SUPERVISOR

**REVISÓ Y APROBÓ**
**OFICINA DE RADICACIÓN Y DIGITALIZACIÓN**

**No. Folios:**

**NÚMERO DE RADICADO**

**Fecha:**
**Hora:**



Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE ACTA:** | 22 días del mes de mayo de 2026 | **Acta No.** | N° 2 |
| **CONTRATO No. :** | 202600001577- Co1.pccntr.9257140 | | |
| **FECHA DE CONTRATO:** | 30 de enero de 2026 | | |

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | CO1.PCCNTR.9257140 AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR PROTECCIÓN Y BIENESTAR A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, CON LA METODOLOGÍA DE SISBEN IV ENTRE A1 A C18 O CARENTES DE RECURSOS ECONÓMICOS, ASÍ COMO BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A SUS NECESIDADES Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA, CONFORME A LAS LEYES 1276 Y 1315 DE 2009 - LOTE 3. |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $226,094,820.00 |
| **VALOR ADICIONAL N°** | $0.00 |
| **PLAZO INICIAL** | SIETE (7) - MESES |
| **PLAZO ADICIONAL** | N/A |
| **CONTRATISTA** | FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTÍSIMA SAMARITANA |
| **SUPERVISOR** | VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL |
| **FECHA DE INICIO** | 06 DE FEBRERO DE 2026 |
| **FECHA TERMINACIÓN INICIAL** | 05/09/2026 |
| **FECHA TERMINACIÓN FINAL** | N/A |
| **Acta** | ACTA DE INICIO - 06 de febrero de 2026 |
| **Acta** | ACTA ACLARATORIA (08.04.2026) |
| **Acta No. 1** | ACTA PARCIAL DE CONTRATO – PRIMER PAGO – 10 de abril de 2026 |
| **Acta No. 2** | ACTA PARCIAL DE CONTRATO – SEGUNDO PAGO – 22 de mayo de 2026 |

En Floridablanca en fecha 22 días del mes de mayo de 2026, se reunieron en el despacho de la **SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL**, la firma **FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTÍSIMA SAMARITANA**Rep. Legal**HERNANDEZ BLANCO SONIA**, en calidad de CONTRATISTA, y el **VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA** - secretaría de **SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL** del municipio de Floridablanca, en calidad de SUPERVISOR con el fin de firmar la presente acta.

**CONSIDERANDO:**

1. Que en la cláusula CUARTA en la que se establece la FORMA DE DESEMBOLSO o entrega de los aportes de las partes del mismo se acuerda que el valor del contrato se pagara así; **"El desembolso de los aportes que va a realizar el municipio de Floridablanca para la ejecución del convenio, se realizarán mediante mensualidades vencidas, equivalente a cada uno de los componentes o servicios de atención efectivamente prestados, previa presentación de la obligación contraída, Certificaciones de cumplimiento del supervisor, informes parciales mensuales y el informe final según corresponda, acompañados con los soportes de cada uno de los servicios prestados."**

2. Que el contratista ha entregado parcialmente algunas de las actividades y/o obligaciones contratadas cumpliendo con las especificaciones requeridas y a satisfacción del Municipio de Floridablanca.

3. BALANCE DEL CONTRATO A LA FECHA:

| DETALLE | CONTRATADO | PAGOS REALIZADOS |
|---|---|---|
| VALOR DEL CONTRATO INICIAL APORTE MUNICIPIO | $ 213,297,000.00 | |
| VALOR APORTE ESAL EN ESPECIE | $ 12.797.820.00 | |
| VALOR ADICIÓN | $0.00 N/A | |
| VALOR ANTICIPO PAGADO (XX %) | $0.00 N/A | |
| PRIMER PAGO APORTE DEL MUNICIPIO | | $ 30,471,000.00 |
| PRIMER PAGO APORTE ESAL | | $ 1,828,260 |
| **SEGUNDO PAGO APORTE DEL MUNICIPIO** | | **$ 30,471,000.00** |
| **SEGUNDO PAGO APORTE ESAL** | | **$ 1,828,260** |
| SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR | | $ 161,496.300.00 |
| **TOTAL SUMAS IGUALES** | $ 226,094,820.00 | $ 226,094,820.00 |



Powered by CamScanner

| REGISTRO PRESUPUESTAL Nro. 26-01735 | | |
|---|---|---|
| **CÓDIGO** | **VALOR** | **DESCONTAR** |
| **CÓDIGO DE PRESUPUESTO** 2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214 **CÓDIGO RÁPIDO (260731)** **FUENTE** EPCB ESTAMPILLA DEL ADULTO MAYOR DEL DEPARTAMENTO CENTRO DE BIENESTAR | $ 47.138.950.00 | $ 16.667.950 |
| **CÓDIGO DE PRESUPUESTO** 2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214 **CÓDIGO RÁPIDO (260729)** **FUENTE** EPDB ESTAMPILLA DEL ADULTO MAYOR DEL DEPARTAMENTO CENTRO DE BIENESTAR | $ 92.158.050.00 | $ 13.803.050 |

4. **AMORTIZACIÓN ANTICIPO:**

| DESCRIPCIÓN | VALOR AMORTIZACIÓN | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| Valor Pago Anticipo (XX%) | N/A | N/A |
| Valor acta de pago parcial N° | N/A | N/A |
| Valor acta de pago parcial N° | N/A | N/A |
| Valor acta de pago parcial N° | N/A | N/A |
| Valor acta de pago parcial N° | N/A | N/A |
| **TOTAL SUMAS IGUALES** | **0** | **0** |

**ACUERDAN:**

1. Recibir terminadas y a satisfacción del Municipio las actividades ejecutadas hasta la fecha de la presente acta parcial **N° 2** las cuales se relacionan en el informe de actividades que hace parte integral de la misma.

2. Autorizar el pago del servicio prestado por un valor de **$ 30,471,000.00**

Para constancia se firma por los que en ella intervienen,

**R/L:** HERNANDEZ BLANCO SONIA,
**63322669**
**FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTÍSIMA SAMARITANA,**
Contratista

**VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA**

Secretaria de desarrollo social
Supervisor



Powered by CamScanner

| Alcaldía Municipal de Floridablanca | INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN CONTRATOS DIFERENTES DE OBRA Y CPS | CÓDIGO | GC-F-33 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 03 |
| | OFICINA DE CONTRATACIÓN | FECHA ELAB | Junio-2016 |
| | | FECHA APROB | 02/01/2024 |
| | PROCESO: GESTION DE LA CONTRATACION | TRD | 103-14 |

| | |
|---|---|
| **FECHA DE INFORME:** | 22 de mayo de 2026 |
| **CONTRATO No. :** | 202600001577- Co1.pccntr.9257140 |
| **FECHA DE CONTRATO:** | 30 de enero de 2026 |
| **PROYECTO:** | **N/A** |

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | CO1.PCCNTR.9257140 AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR PROTECCIÓN Y BIENESTAR A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, CON LA METODOLOGÍA DE SISBEN IV ENTRE A1 A C18 O CARENTES DE RECURSOS ECONÓMICOS, ASÍ COMO BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A SUS NECESIDADES Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA, CONFORME A LAS LEYES 1276 Y 1315 DE 2009 - LOTE 3. |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $226,094,820.00 |
| **VALOR ADICIONAL N°:** | $0.00 |
| **PLAZO INICIAL:** | SIETE (7) - MESES |
| **PLAZO ADICIONAL:** | |
| **CONTRATISTA:** | FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTÍSIMA SAMARITANA |
| **SUPERVISOR:** | VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRASECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL |
| **ANTICIPO (XX%)** | N/A |
| **FECHA DE INICIO :** | 06 DE FEBRERO DE 2026 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL :** | 05/09/2026 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN FINAL :** | N/A |
| **OFICINA GESTORA:** | SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL |
| **ACTA** | ACTA DE INICIO - 06 de febrero de 2026 |
| **ACTA** | ACTA ACLARATORIA – 08 de abril de 2026 |
| **Acta No. 1** | ACTA PARCIAL DE CONTRATO – PRIMER PAGO – 10 de abril de 2026 |
| **Acta No. 2** | **ACTA PARCIAL DE CONTRATO – SEGUNDO PAGO – 22 de mayo de 2026** |

Con base en los informes presentados por el contratista respecto a las actividades ejecutadas dentro del periodo comprendido entre el **06/03/2026** a **05/04/2026**y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte del Municipio de Floridablanca, tomando como base las **ACTAS E INFORMES PARCIALES N° 2 por VALOR de $ 30,471,000.00**DE PESOS M/CTE.

**C E R T I F I C A  Q U E:**

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 del mismo, las actividades representativas realizadas en el presente contrato fueron:

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA | ACTIVIDADES EJECUTADAS | EVIDENCIAS Y/O SOPORTES |
|---|---|---|
| 1.Alimentación: Se debe garantizar la alimentación que asegure la ingesta necesaria, a nivel proteico-calórico y de micronutrientes de acuerdo con los requerimientos de cada adulto mayor, que previamente han sido acordados y aprobados con la Secretaría de Desarrollo Social. Así mismo la preparación de los mismos en sitio. | **1,1 ALIMENTACIÓN** Durante este periodo comprendido entre el **06 DE MARZO AL 05 DE ABRIL 2026**, se ofreció el servicio de alimentación completo que incluye Desayuno, media mañana, almuerzo, once y comida, para los **20 adultos** mayores beneficiarios de nuestra fundación.<br><br>**1,2 MANIPULADORAS DE ALIMENTOS** Durante este inicio de periodo El área de la Cocina, estuvo a cargo de la señora, *Flor Magnolia Monsalve* Noriega persona capacitada, que cuenta con su respectivo carnet de manipulación de alimentos y lo necesario para desempeñar con | **Ver anexo de minutas de alimentación, informes de nutrición y cocina con su respectiva evidencia fotográfica.** |

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| | excelencia y responsabilidad cada función.<br><br>Durante el periodo comprendido entre el este periodo comprendido entre del **06 DE MARZO AL 05 DE ABRIL 2026**, se le realizó control del menú; menú diferencial a adultos mayores con diabetes e hipertensión suministrado a través de la minuta entregada por la Secretaría de Desarrollo Social dicha minuta, se basa en una dieta balanceada que se maneja de lunes a domingo con cinco (5) tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena)<br><br>**1,3 AUXILIAR DE MANTENIMIENTO Y ASEO**<br>El área de mantenimiento se encuentra a cargo del Sr Orlando Caro Ortega son quienes están a cargo del mantenimiento y aseo general de la fundación, aseo de todas las áreas locativas, baños, recolección y lavado ropas, llevo a cabo los arreglos necesarios para el buen funcionamiento técnico de la fundación durante este periodo este periodo comprendido entre el **06 DE MARZO AL 05 DE ABRIL 2026**, Se realizó mantenimiento de puertas de los baños, mantenimiento al calentador de agua, licuadoras y se arreglaron algunas sillas patos, instalaciones eléctricas, entre otras. | |
| 2.Orientación Psicosocial: Brindar de manera preventiva a toda la población objetivo, 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. Cuando sea necesario, los adultos mayores serán remitidos a las entidades de la seguridad social para una atención más específica. | **2,1 DIRECCION TECNICA**: Este rol es desempeñado por el profesional *Diego Andrés Caro Hernández* quien ejecuta sus actividades en jornadas de 4 horas de lunes a viernes.<br><br>Dentro de las funciones se diseñan, ejecutan, conducen y asesoran procesos de intervención psicosocial encaminados a crear y desarrollar servicios alternativos de protección social, salud, educación, de igual manera capaz de manejar situaciones de alto rendimiento y bajo presión; Buen uso del lenguaje tanto escrito como oral.<br><br>Por otro lado, y como parte de este servicio, durante cada periodo los adultos mayores son asistidos espiritualmente, fortaleciendo los valores de la Fe Cristiana a partir de la oración, el rezo del Santo Rosario todos los días en la | |

| | | |
|---|---|---|
| | mañana y en la tarde, la coronilla de la Misericordia, se realiza al menos una vez a la semana adoración al Santísimo ya nuestra fundación cuenta con la entronización de la Sagrada Eucaristía.<br>**2.2 SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL**<br>La trabajador social, profesional de la UIS el señor, LUIS FERNANDO TRIANA , es quien a través de diferentes actividades continúa reforzando y aportando para mejorar su calidad cognitiva, siempre con espacios ludo recreativos, de participación y reflexión, que les permiten a los adultos mayores, desarrollar sus actividades manuales como la expresión oral como forma de diálogo y escucha a la vez, fomentando en ellos la capacidad cognitiva de identificar, pensar y ejecutar todas las actividades. El señor Luis asiste a la fundación los días Miércoles y Jueves en horario de 3 a 5 pm | |
| 3.Atención Primaria en Salud: La cual abarcará la promoción de estilos de vida saludable, de 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, entre otras, de patologías relacionadas con la malnutrición, medicina general, geriatría y odontología, apoyados en los recursos y actores de la Seguridad Social en Salud vigente en Colombia, en los términos que establecen las normas correspondientes. | **3.1. SERVICIO DE ENFERMERIA JORNADA DIURNA Y CUIDADOR** El servicio de enfermería, estuvo liderado y a cargo de las auxiliares de enfermería Luz Adriana Medina y la Sra. Sonia Hernández Blanco, este es el servicio en donde se realizan actividades diariamente de acuerdo a los protocolos de enfermería, con el fin de suplir las necesidades de los adultos<br><br>Las actividades realizadas son: Control de signos vitales, glucometrías, saturación de oxígeno y registro todos los días de los monitoreos, registro de notas de enfermería (libro sellado por la secretaria de salud), actualización de historias clínicas, actualización formatos de cuidado de pacientes y distribución de medicamentos de acuerdo a orden médica.<br><br>Por otra parte, es también función de la persona a cargo de este servicio la aplicación de insulina, lubricación de piel, arreglo de uñas, baño diario a pacientes que no pueden hacerlo solos. Su horario es de domingo a viernes, en horario de 6.00 am a 6:00 pm en el horario nocturno se encontró liderado por la auxiliar de enfermería Sonia Hernández Blanco, en su turno de 6pm a 6am. Realizando rondas periódicas | **Ver anexo de informe de enfermería y evidencia fotográfica** |

| | | |
|---|---|---|
| | vigilando las diferentes habitaciones de los adultos mayores verificando su estado y monitoreando siempre para cualquier eventualidad.<br><br>**3.2. SERVICIO DE CUIDADOR** El servicio durante la jornada, se encuentra a cargo de la cuidadora Ligia Serrano quien trabaja 6 días a la semana con horario de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. también se cuenta con la asistencia de turnos de la Sra. Sonia Hernández quien es la encargada de suplir los descansos de las diferentes actividades de enfermería y atención en salud.<br><br>Dicho servicio, comprende al cuidado de los adultos mayores en las horas nocturnas. Sus funciones están enfocadas en hacer rondas periódicas, verificando su estado de salud, distribución de medicamentos según orden médica, masajes terapéuticos a los **20 adultos.**<br><br>Baño de tres o cuatro pacientes discapacitados, aseo de la unidad y camas a la entrega del turno en la mañana, peluquería, barbería, recorte de uñas de pies y manos y acompañamiento espiritual. | |
| 4.Aseguramiento en salud: Se requiere verificar que los adultos mayores se encuentren afiliados al sistema de seguridad social en salud y en caso de no estarlo, es necesario adelantar los trámites necesarios para afiliación y cobertura. | El control de cuidado en salud lo hacemos a través de las EPS a las cuales están afiliados todos los adultos en el régimen subsidiado. Ellos pertenecen al régimen subsidiado de EPS como Nueva Eps, Sura, Sanitas, Coosalud, principalmente. Una de las principales acciones que hacemos cuando un adulto mayor ingresa al hogar es verificar si cuenta con los servicios de medicina, para de tal forma empezar a realizarles control y seguimiento a sus diferentes patologías. Mes a mes la Auxiliar de enfermería y representante legal de la fundación es quien de manera directa se ha apropiado a lo largo de los años de los trámites de citas, controles y seguimientos, encargada de llevar los adultos a sus respectivas citas, reclamar sus medicamentos y estar pendiente de todos los trámites pertinentes en salud de los adultos. | **Ver anexo de informe de enfermería y evidencia fotográfica** |
| 5.Capacitación en actividades productivas: Se busca que los adultos mayores cuenten con capacitación en manualidades o artes con fines productivos que sean del disfrute de los adultos mayores y les permita sentirse con productividad. | Reforzar de manera constante la habilidad cognitiva de nuestros adultos mayores es una de las tareas principales del Centro de Bienestar, incentivar a la creatividad, la motricidad a través de manualidades. Por tal razón | **Ver anexo de informe y evidencia fotográfica** |

| | | |
|---|---|---|
| | para este ***periodo comprendido*** del **06 de MARZO AL 05 DE ABRIL DE 2026** contamos con la orientación de la docente Martha Dueñas quien viene a la fundación dos fechas a la semana, los días martes y miércoles en el horario de 3:00 a 5:00 pm. | |
| 6.Deporte, cultura y recreación: Brindar atención por personas capacitadas que brinden esparcimiento, ejercicios y actividades culturales a los adultos mayores para contribuir con su salud física y emocional | Contamos para este nuevo periodo con el servicio prestado por el profesional cultor físico **EDWIN PABÓN ORDOÑEZ,** quien asiste MIÉRCOLES Y VIERNES, Y ALGUNOS SÁBADOS de 6:30 a.m. a 8:00 a.m. Y realiza diversas acciones que promueven la actividad física y la recreación para el bienestar físico y mental de los adultos mayores. | **Ver anexo de informe y evidencia fotográfica** |
| 7.Servicio del trabajo asociativo: En coordinación con las actividades productivas disponer de los implementos y espacios para lograr iniciativas productivas y recreativas de los adultos mayores. | El centro de bienestar Fundación Hogar de Caridad María Santísima Samaritana promueve las diferentes actividades de: capacitación productiva, deporte cultura y recreación, orientación psicosocial; así como de las actividades de estimulación cognitiva a cargo de la auxiliar de enfermería y con la Sra. Martha. Por esta razón, el valor que nos aporta la Alcaldía Municipal por este servicio durante el convenio que se obtiene es de ($160.000) Para este PRIMER periodo compramos con este: cuadernos, cartulinas colores, borradores, sacapuntas, pepitas para rosarios, hilo, entre otros materiales. | **Anexo de informe de compra detallado y factura de pago en el informe financiero.**<br><br>**Anexo de informe de compra detallado y factura de pago en el informe financiero.** |
| 8.Auxilio Exequial: De acuerdo con las posibilidades económicas del ente territorial y del Centro de Bienestar se garantizará el auxilio exequial para aquellos adultos mayores que no cuenten con el mismo | Los adultos mayores se encuentran afiliados a su respectivo plan exequial con ***EXCEQUIALES CRISTO REY***, dicho contrato consta de un servicio fúnebre integral que consta de servicio personalizado 24hrs, traslado del cuerpo preparación del mismo, cofre, coche fúnebre, cinta, avisos murales, derechos de iglesia, bóveda, arreglo floral, cremación, entre otros. | **Ver anexo informe factura de pago del servicio + contrato** |
| 9.Funcionamiento del centro de bienestar: La infraestructura con sus gastos de funcionamiento como servicios públicos, implementos de aseo o insumos de papelería que sean requeridos para la atención de los adultos mayores de aseo o insumos de papelería que sean requeridos para la atención de los adultos mayores. | El correcto funcionamiento de nuestra fundación siempre implica diferentes gastos de los cuales algunos son mencionados en este ítem, como lo son los servicios públicos de Acueducto, Alumbrado público y el servicio de Gas. De igual manera gastos como los insumos de aseo que son variados y van desde el aseo personal de los adultos, | **Ver anexo de informe y evidencia fotográfica** |

| | | |
|---|---|---|
| | hasta los productos de aseo del hogar. | |

Así mismo se deja constancia del cumplimiento de los requisitos de seguridad social y parafiscal, en el informe final se debe registrar la actualización de pólizas, debidamente aprobada por la OFICINA DE CONTRATACION DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA.

Se expide en Floridablanca, en fecha: **22 días del mes de** mayo **de 2026**

**VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA**

Secretaria de desarrollo social

SUPERVISOR

R/L: HERNANDEZ BLANCO SONIA,
**63322669**
**FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTÍSIMA SAMARITANA,**
Contratista

Powered by CamScanner

# CERTIFICACIÓN APORTE EN ESPECIE FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTÍSIMA SAMARITANA AL CONVENIO DE ASOCIACIÓN N°01577 - 2026- CO1.PCCNTR. 9257140

**YO MARIO BELTRAN ACEVEDO,** identificado con cédula de No. 13.849.445 expedida en Bucaramanga, actuando en mi condición de **Revisor Fiscal** de la **FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA**, con Nit. 900.225.215-8 manifiesto bajo la gravedad de juramento:

Que, de acuerdo con lo pactado en el convenio celebrado entre el Centro de Bienestar y la Alcaldía de Floridablanca, para el convenio de Asociación **N°01577- 2026- CO1.PCCNTR. 9257140,** se realiza el aporte en especie por valor de $ 1.828.260 pesos m/cte. para el primer periodo comprendido entre el **06 de marzo al 05 de abril de 2025**; dicho aporte incluye los inmobiliarios para los dormitorios que usan los adultos mayores residentes de nuestro hogar, elementos y máquinas del gimnasio, comedores, sillas y demás elementos inmobiliarios de la fundación dispuestos para su uso y servicio.

Se expide a los 10 días del mes de abril de 2026, con destino a la Alcaldía Municipal de Floridablanca.

**MARIO BELTRAN ACEVEDO**
**C.C# 13.849.445 Bucaramanga**
**T.P 23042T**

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



23042-T

MARIO
BELTRAN ACEVEDO
C.C. 13.849.445
RESOLUCION INSCRIPCION 342-T FECHA 15-II-89
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

Presidente

00030556

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional / Junta Central de Contadores.

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **13.849.445**

**BELTRAN ACEVEDO**

APELLIDOS

**MARIO**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAR-1959**

**BUCARAMANGA**
**(SANTANDER)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.71** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**03-AGO-1977 BUCARAMANGA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2700100-00150991-M-0013849445-20090225 **0010**54520A 1 6850001912

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

1621087720407079

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MARIO BELTRAN ACEVEDO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 13849445 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 23042-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** **********
**********
**********

Dado en BOGOTA a los 24 días del mes de Marzo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141242395911

(415)7707212489984(8020) 000014124239591 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 3 8 4 9 4 4 5 | 6 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 3 8 4 9 4 4 5 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Santander 6 8 | Bucaramanga 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BELTRAN | ACEVEDO | MARIO | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Bucaramanga 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 22 36 60 AP 2301 PAR 22 TO 1

42. Correo electrónico magejo0302@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 0 | 3 0 1 2 8 3 3 4 5 7 | 6 0 7 6 8 8 1 7 5 2 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0 0 9 0 | 2 0 2 3 0 8 0 1 | 6 9 2 0 | 1 9 9 0 0 6 0 1 | 0 0 2 0 | | 2 4 1 1 | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 5 | 2 | 2 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-03-23 / 10:06:42AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre BELTRAN ACEVEDO MARIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



# *FUNDACION SAMARITANA*

*Hogar de Caridad María Santísima Samaritana*

Nit. 900.225.215-8

Floridablanca,16 de abril de 2026

**SEÑORES**
**ALCALDÍA MUNICIPAL DE FLORIDABLANCA**
**Floridablanca- Santander.**

**Cordial Saludo.**

La presente tiene como objeto informar que se anexa el pago de la Estampilla Departamental con número de recaudo: ***2502600257539*** con fecha de pago 16 de ABRIL de 2026 por un valor de UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ( $1.340.680=), correspondiente al pago por el **valor base** del **SEGUNDO PERIODO** ejecutado comprendido **entre el 06 de Marzo al 05 de Abril de 2026**, del CONVENIO DE ASOCIACIÓN FLO-CONT-CD-01577-2026 **SECOP II: CO1.PCCNTR.9257140** por un valor de: DOSCIENTOS TRECE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL PESOS MCTE ( $213.297.000=) suscrito entre la Fundación Hogar de Caridad María Santísima Samaritana con NIT 900225215-8 y la Secretaría de Desarrollo social con fecha de 30 DE ENERO de 2026.

Atentamente,

**SONIA HERNANDEZ BLANCO**
**REPRESENTANTE LEGAL**
**CC. 63.322.669 de Bucaramanga**

banco popular
OF. TESORERIA GRAL. DEPTO. DE S/DER B/MANGA.
CAJA 02 | OF. 495
16 ABR 2026
RECIBIDO POR CAJA

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890 201 235-6

**Recibo de recaudo No: 2502600257539**

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL**
No. Documento: 9002252158
Nombre:
FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA

**TRÁMITE**
CONVENIOS DE ASOCIACION

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | 30.471.000 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | 30.471.000 |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | 1 |
| VALOR TOTAL CONVENIO | 213.297.000 |
| FECHA CONVENIO | 30/01/2026 |
| NRO. CONVENIO | 9257140 |

**ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $609.400 |
| PRO UIS | $609.400 |

| | |
|---|---|
| TOTAL | $1.218.800 |
| Ordenanza 028 2/2005 | $121.880 |
| **Total a pagar** | **$1.340.680** |

Con destino a:
Alcaldía de Floridablanca

Fecha expedición: 2026/04/16
Fecha límite de pago: 2026/04/16

Puede ingresar a
https://estampillas.syc.com.co/
para validar y consultar el detalle del pago de la Estampilla Departamental

**SOPORTE TRÁMITE**

banco popular
OF. TESORERIA GRAL. DEPTO. DE S/DER B/MANGA.
CAJA 02 | OF. 495
16 ABR 2026
RECIBIDO POR CAJA

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890 201 235-6

Recibo de recaudo No: 2502600257539

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 9002252158
Nombre:
FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA

TRÁMITE
CONVENIOS DE ASOCIACION

VALOR BASE 30.471.000
VALOR ORDEN DE PAGO 30.471.000
NUMERO ORDEN DE PAGO 1
VALOR TOTAL CONVENIO 213.297.000
FECHA CONVENIO 30/01/2026
NRO. CONVENIO 9257140

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN
PRO HOSPITAL $609.400
PRO UIS $609.400

TOTAL $1.218.800
Ordenanza 028 2/2005 $121.880
Total a pagar $1.340.680

Con destino a:
Alcaldía de Floridablanca

Fecha expedición: 2026/04/16
Fecha límite de pago: 2026/04/16

Puede ingresar a
https://estampillas.syc.com.co/
para validar y consultar el detalle del pago de la Estampilla Departamental

SOPORTE TRÁMITE

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICACION

FLORIDABLANCA, SANTANDER, 19/03/2026

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA** con **NIT 900.225.215-8** posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número 046700041448

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Reporte de Beneficiarios Finales

**2687**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 2687100045611 5

(415)7707212489984(8020) 002687100045611 5

**Datos beneficiarios finales**

## 1

| 29. Tipo de documento | 30. Número de identificación | 31. País de expedición | Cód. | 32. Número de Identificación Tributaria - NIT | 33. País de expedición del NIT | Cód. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 63322669 | COLOMBIA | 169 | 63322669 | COLOMBIA | 169 |

| 34. Primer apellido | 35. Segundo apellido | 36. Primer nombre | 37. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | BLANCO | SONIA | |

| 38. Fecha de nacimiento | 39. País de nacimiento | Cód. | 40. País de nacionalidad | Cód. |
|---|---|---|---|---|
| 19660226 | COLOMBIA | 169 | COLOMBIA | 169 |

**Ubicación**

| 41. País de residencia | Cód. | 42. Departamento | Cód. | 43. Ciudad / Municipio | Cód. |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Santander | 68 | Floridablanca | 682 |

44. Dirección: TRANSVERSAL 147 57-07

| 45. Código postal | 46. Correo electrónico |
|---|---|
| 68001 | fundacion-samarita@hotmail.com |

**Criterios para determinación del beneficiario final**

| 47. Titularidad | Cód. | 48. Beneficio | Cód. | 49. Control por otro medio | 50. Representante legal y/o mayor autoridad en relación con las funciones de gestión o dirección |
|---|---|---|---|---|---|
| Capital | 1 | Activos | 1 | NO | NO |

| 51. Fiduciante / Fideicomitente / Constituyente o posición similar o equivalente | 52. Fiduciario o posición similar o equivalente | 53. Comité fiduciario / Comité financiero o posición similar o equivalente | 54. Fideicomisario / Beneficiario | 55. Ejerce el control final y/o efectivo o tiene derecho a gozar y/o disponer de los activos,beneficios, resultados o utilidades |
|---|---|---|---|---|
| | | | . | |

56. Condición(es) que se debe(n) cumplir para determinar el beneficiario final

| 57. Porcentaje de participación | 58. Porcentaje de beneficio | 59. Fecha inicial | 60. Fecha final | 61. Tipo de novedad | Cód. |
|---|---|---|---|---|---|
| 33.33 | 33.33 | 20111205 | | Registro | 1 |

## 2

| 29. Tipo de documento | 30. Número de identificación | 31. País de expedición | Cód. | 32. Número de Identificación Tributaria - NIT | 33. País de expedición del NIT | Cód. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 91227374 | COLOMBIA | 169 | 91227374 | COLOMBIA | 169 |

| 34. Primer apellido | 35. Segundo apellido | 36. Primer nombre | 37. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CARO | ORTEGA | ORLANDO | |

| 38. Fecha de nacimiento | 39. País de nacimiento | Cód. | 40. País de nacionalidad | Cód. |
|---|---|---|---|---|
| 19630824 | COLOMBIA | 169 | COLOMBIA | 169 |

**Ubicación**

| 41. País de residencia | Cód. | 42. Departamento | Cód. | 43. Ciudad / Municipio | Cód. |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Santander | 68 | Floridablanca | 6827 |

44. Dirección: TRANSVERSAL 147 57 04 BARRIO VILLA ALCAZAR LA CUMBRE

| 45. Código postal | 46. Correo electrónico |
|---|---|
| 68001 | fundacion-samarita@hotmail.com |

**Criterios para determinación del beneficiario final**

| 47. Titularidad | Cód. | 48. Beneficio | Cód. | 49. Control por otro medio | 50. Representante legal y/o mayor autoridad en relación con las funciones de gestión o dirección |
|---|---|---|---|---|---|
| Capital | 1 | Activos | 1 | NO | NO |

| 51. Fiduciante / Fideicomitente / Constituyente o posición similar o equivalente | 52. Fiduciario o posición similar o equivalente | 53. Comité fiduciario / Comité financiero o posición similar o equivalente | 54. Fideicomisario / Beneficiario | 55. Ejerce el control final y/o efectivo o tiene derecho a gozar y/o disponer de los activos,beneficios, resultados o utilidades |
|---|---|---|---|---|
| | | | . | |

56. Condición(es) que se debe(n) cumplir para determinar el beneficiario final

| 57. Porcentaje de participación | 58. Porcentaje de beneficio | 59. Fecha inicial | 60. Fecha final | 61. Tipo de novedad | Cód. |
|---|---|---|---|---|---|
| 33.33 | 33.33 | 20111205 | | Registro | 1 |

RECIBIDO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Reporte de Beneficiarios Finales

**2687**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 2 6 8 7 1 0 0 0 4 5 6 1 1 5

(415)7707212489984(8020) 002687100045611 5

**Datos beneficiarios finales**

**1**

| 29. Tipo de documento | 30. Número de identificación | 31. País de expedición / Cód. | 32. Número de Identificación Tributaria - NIT | 33. País de expedición del NIT / Cód. |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 34. Primer apellido | 35. Segundo apellido | 36. Primer nombre | 37. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 38. Fecha de nacimiento | 39. País de nacimiento / Cód. | 40. País de nacionalidad / Cód. |
|---|---|---|
| | | |

**Ubicación**

| 41. País de residencia / Cód. | 42. Departamento / Cód. | 43. Ciudad / Municipio / Cód. |
|---|---|---|
| | | |

| 44. Dirección |
|---|
| |

| 45. Código postal | 46. Correo electrónico |
|---|---|
| | |

**Criterios para determinación del beneficiario final**

| 47. Titularidad / Cód. | 48. Beneficio / Cód. | 49. Control por otro medio | 50. Representante legal y/o mayor autoridad en relación con las funciones de gestión o dirección |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 51. Fiduciante / Fideicomitente / Constituyente o posición similar o equivalente | 52. Fiduciario o posición similar o equivalente | 53. Comité fiduciario / Comité financiero o posición similar o equivalente | 54. Fideicomisario / Beneficiario | 55. Ejerce el control final y/o efectivo o tiene derecho a gozar y/o disponer de los activos,beneficios, resultados o utilidades |
|---|---|---|---|---|
| | | | . | |

56. Condición(es) que se debe(n) cumplir para determinar el beneficiario final

TODAS LAS DESICIONES QUE SE TOMEN CON RESPECTO A LA ESTABILIDAD Y BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA FUNDACION DEBERAN SER CONSULTADAS Y TOMAR LAS DESICIONES EN COMUN ACUERDO CON LA REPRESENTANTE LEGAL

| 57. Porcentaje de participación | 58. Porcentaje de beneficio | 59. Fecha inicial | 60. Fecha final | 61. Tipo de novedad / Cód. |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 2 0 1 1 1 2 0 5 | | Registro / 1 |

**2**

| 29. Tipo de documento | 30. Número de identificación | 31. País de expedición / Cód. | 32. Número de Identificación Tributaria - NIT | 33. País de expedición del NIT / Cód. |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 34. Primer apellido | 35. Segundo apellido | 36. Primer nombre | 37. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 38. Fecha de nacimiento | 39. País de nacimiento / Cód. | 40. País de nacionalidad / Cód. |
|---|---|---|
| | | |

**Ubicación**

| 41. País de residencia / Cód. | 42. Departamento / Cód. | 43. Ciudad / Municipio / Cód. |
|---|---|---|
| | | |

| 44. Dirección |
|---|
| |

| 45. Código postal | 46. Correo electrónico |
|---|---|
| | |

**Criterios para determinación del beneficiario final**

| 47. Titularidad / Cód. | 48. Beneficio / Cód. | 49. Control por otro medio | 50. Representante legal y/o mayor autoridad en relación con las funciones de gestión o dirección |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 51. Fiduciante / Fideicomitente / Constituyente o posición similar o equivalente | 52. Fiduciario o posición similar o equivalente | 53. Comité fiduciario / Comité financiero o posición similar o equivalente | 54. Fideicomisario / Beneficiario | 55. Ejerce el control final y/o efectivo o tiene derecho a gozar y/o disponer de los activos,beneficios, resultados o utilidades |
|---|---|---|---|---|
| | | | . | |

56. Condición(es) que se debe(n) cumplir para determinar el beneficiario final

| 57. Porcentaje de participación | 58. Porcentaje de beneficio | 59. Fecha inicial | 60. Fecha final | 61. Tipo de novedad / Cód. |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

RECIBIDO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Reporte de Beneficiarios Finales

**2687**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 2687100045611 5

(415)7707212489984(8020) 002687100045611 5

## Datos del reportante

| 20. Tipo de documento | 18. Número de identificación | 6. DV | 12. Dirección seccional | Cód. |
|---|---|---|---|---|
| 3 1 | 9 0 0 2 2 5 2 1 5 | 8 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga | 4 |

11. Denominación o razón social
FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA

## Confirmación de la información reportada

65. ¿Identificó y reportó la TOTALIDAD de los beneficiarios finales? SI

66. Justificación

## Acciones al portador

24. En su cadena de propiedad tiene una o más persona(s) jurídica(s) con acciones al portador NO

25. Tiene información de los beneficiarios finales de la(s) persona(s) jurídica(s) con acciones al portador

## Datos personas jurídicas con acciones al portador

| | 26. Número de Identificación Tributaria - NIT | 27. País de expedición del NIT | Cód. | 28. Razón social |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

RECIBIDO

Firma de quien suscribe el documento

DIAN
2023-05-03 / 09:25:02 PM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

1001. Nombre y apellidos HERNANDEZ BLANCO SONIA
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. de Identificación 63322669
1006. Organización FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA

997. Fecha de expedición 2023-05-03 1:25:05

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Solicitud Régimen Tributario Especial

**5245**

1. Año 2025

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 52451002722109

(415)7707212489984(8020) 005245100272210 9

## Información general

### Datos del solicitante

| 5. No. Identificación Tributaria (NIT) | 11. Razón social |
|---|---|
| 900225215 | FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA |

| 12. Dirección seccional | Cód. | 13. Dirección principal | 15. Teléfono |
|---|---|---|---|
| Impuestos y Aduanas de Bucaramanga | 4 | TV 147 57 16 BRR VILLA ALCAZAR - LA CUMBRE | 3187075141 |

| 24. País | Cód. | 16. Departamento | Cód. | 17. Ciudad / Municipio | Cód. |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 | Santander | 68 | Floridablanca | 682 |

| 25. Correo electrónico | 26. Número sedes o establecimientos | 27. Fecha constitución de la entidad | 28. Sector cooperativo |
|---|---|---|---|
| fundacion- samarita@hotmail.com | | 2008 06 23 | |

| 29. Actividad económica principal | 30. Actividad económica secundaria | 31. Otras actividades económicas 1 | 32. Otras actividades económicas 2 | 33. Entidad de vigilancia y control |
|---|---|---|---|---|
| 8730 | | | | Gobernaci?n |

### Datos de la solicitud

| 34. Tipo de solicitud | Cód. | 35. Año gravable | 36. Dirección electrónica página web de la entidad solicitante | 37. Dirección enlace electrónico donde se ubica el registro web |
|---|---|---|---|---|
| Actualización | 2 | 2025 | https://www.facebook.com/share/16oFjRNqeN/ | https://www.facebook.com/share/16oFjRNqeN/ |

### Representación legal

| 38. Tipo persona representante | 39. Tipo de documento | 40. Número documento de identificación |
|---|---|---|
| 1 | 13 | 63322669 |

| 41. Primer apellido | 42. Segundo apellido | 43. Primer nombre | 44. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | BLANCO | SONIA | |

| 45. NIT de la persona jurídica que ejerce la representación legal | 46. Razón social de la persona jurídica que ejerce la representación legal |
|---|---|
| | |

## Actividades meritorias

| 47. Actividad meritoria 1 | Cód. | 48. Actividad meritoria 2 | Cód. | 49. Actividad meritoria 3 | Cód. | 50. Actividad meritoria 4 | Cód. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Protección, asistencia y promoción | 112 | Desarrollo social - Protección, asi | 113 | | | | |

## Beneficio o excedente neto - patrimonio

| 51. Resultado fiscal a 31 de diciembre del año anterior | 52. Resultado contable a 31 de diciembre del año anterior | 53. Monto del beneficio o excedente neto a 31 de diciembre del año anterior | 54. Monto del beneficio o excedente registrado en la casilla 53, aprobado para reinvertir en este año |
|---|---|---|---|
| 1769000 | 606510 | 606510 | 606510 |

55. Destino de la reinversión del beneficio o excedente neto

ser?n reinvertidos para el inicio de la vigencia 2025 en cumplimiento del objeto social

| 56. Monto del patrimonio bruto a 31 de diciembre del año gravable inmediatamente anterior. En caso de ser una entidad creada en el presente año, informar el patrimonio de constitución. | 57. Monto del patrimonio líquido a 31 de diciembre del año gravable inmediatamente anterior. En caso de ser una entidad creada en el presente año, informar el patrimonio de constitución. |
|---|---|
| 50401756 | 8617429 |

| 58. Número de formulario declaración de renta año gravable anterior | 59. Número de radicado o autoadhesivo declaración de renta año gravable anterior |
|---|---|
| 1117615654363 | 91900287050651 |

## Pagos salariales a cargos directivos y gerenciales o personas jurídicas que representan legalmente la entidad

| 60. Monto total de pagos salariales a los miembros de los cuerpos directivos del año inmediatamente anterior o los pagos del año actual cuando es una nueva entidad | 61. Monto total de pagos a sociedades u otras entidades por la representación legal del año inmediatamente anterior o los pagos del año actual cuando es una nueva entidad | 62. Total pagos |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 |

Firma de quien suscribe el documento

1001. Apellidos y nombres 21179519

1002. Tipo doc. 13 1003. No. identificación 63322669 1004. DV 8

1005. Cód. Representación REPRS LEGAL PRIN

1006. Organización FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA

997. Fecha de expedición 2025-06-26/11:47:39

PRESENTADO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Solicitud Régimen Tributario Especial

**5245**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 52451002722109

(415)7707212489984(8020) 005245100272210 9

**Anexos soporte**

| | 63. Nombre documento | 64. Número de radicado | 65. Total folios |
|---|---|---|---|
| 1 | Certificaci?n donde se indiquen los nombres e identificaci?n de los cargos directivos y gerenciales, y de | 25421016400660 | 2 |
| 2 | Un informe anual de resultados, o Informe de gesti?n para el Sector Cooperativo, que prevea datos sobre | 25421016396976 | 7 |
| 3 | Los estados financieros de la entidad. | 25421016397208 | 9 |
| 4 | Certificaci?n de Requisitos del representante legal o revisor fiscal en el que evidencie que han cumplido | 25421016399039 | 1 |
| 5 | Copia de los estatutos de la entidad o Acta del m?ximo ?rgano directivo donde se indique que el objeto so | 25421016399544 | 17 |
| 6 | Certificaci?n del Representante Legal de los antecedentes judiciales y de declaraciones de caducidad de | 25421016399838 | 2 |
| 7 | Acta de Asamblea General o m?ximo ?rgano de direcci?n que indica el estado de las asignaciones perma | 25421016399917 | 3 |
| 8 | Acta de la Asamblea General o m?ximo ?rgano de direcci?n en el que se aprob? la reinversi?n del benefic | 25421016400044 | 3 |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |
| 43 | | | |
| 44 | | | |
| 45 | | | |
| 46 | | | |
| 47 | | | |
| 48 | | | |
| 49 | | | |

PRESENTADO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Solicitud Régimen Tributario Especial

**5245**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 52451002722109

(415)7707212489984(8020) 005245100272210 9

**Presentación de información por envío de archivos (Prevalidadores)**

| | 66. Formato (código) | 67. Número solicitud | 68. Fecha solicitud | 69. Total registros | 70. Valor total de las donaciones / asignaciones permanentes |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2530 | 100066007048016 | 2025 06 26 | 4 | |
| 2 | 2531 | 100066007048388 | 2025 06 26 | 3 | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 31 | | | | | |
| 32 | | | | | |
| 33 | | | | | |
| 34 | | | | | |
| 35 | | | | | |
| 36 | | | | | |
| 37 | | | | | |
| 38 | | | | | |
| 39 | | | | | |
| 40 | | | | | |
| 41 | | | | | |
| 42 | | | | | |
| 43 | | | | | |
| 44 | | | | | |
| 45 | | | | | |
| 46 | | | | | |
| 47 | | | | | |
| 48 | | | | | |

PRESENTADO

# CERTIFICACION CUMPLIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL

**YO MARIO BELTRAN ACEVEDO,** identificado con cédula de No. 13.849.445 expedida en Bucaramanga, actuando en mi condición de **Revisor Fiscal** de la **FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA**, con Nit. 900.225.215-8 manifiesto bajo la gravedad de juramento:

De acuerdo con lo señalado en el Artículo 50 de la ley 789 del 2.002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2.007, declaro bajo la gravedad de juramento y certifico que para el periodo de **marzo 06 al 05 de abril de 2026 y** los meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación, la empresa ha cumplido con los pagos al Sistema general de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Profesionales) y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a paz y salvo con las empresas promotoras de Salud – EPS. Sociedad Administradoras de Fondos de pensiones y cesantías –AFP, administradora de Riesgos Laborales- ARL, Cajas de compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje.

Se expide a los 10 días del mes de abril de 2026, con destino a la Alcaldía Municipal de Floridablanca.

**MARIO BELTRAN ACEVEDO**
**C.C# 13.849.445 Bucaramanga**
**T.P 23042T**

**SONIA HERNANDEZ BLANCO**
**C. C# 63.322.669 Bucaramanga**
**REPRESENTANTE LEGAL**

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



**23042-T**

MARIO
BELTRAN ACEVEDO
C.C. 13.849.445
RESOLUCION INSCRIPCION 342-T FECHA 15-II-89
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

Presidente

00030556

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

1621D87772E4D7079

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MARIO BELTRAN ACEVEDO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 13849445 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 23042-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** **********************************
**********************************************************************
*********************************************************************

Dado en BOGOTA a los 24 días del mes de Marzo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Sandra Barrios
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **13.849.445**

**BELTRAN ACEVEDO**

APELLIDOS

**MARIO**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAR-1959**

**BUCARAMANGA**
**(SANTANDER)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.71** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**03-AGO-1977 BUCARAMANGA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2700100-00150991-M-0013849445-20090225 **0010**054520A 1 6850001912

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 900225215 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | FLORIDABLANCA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCION: | TRANS 147 57 16 | TELÉFONO: | 6821643 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 009 - AJUSTES |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4650492941 | TIPO DE PLANILLA: | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES abril AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 7 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/04/15 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9009451823 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 2 | $ 560.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.700 | $ 0 | $ 560.400 | $ 2.700 | $ 563.100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 560.400 | $ 2.700 | $ 563.100 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 437.800 | $ 0 | $ 2.100 | $ 0 | $ 437.800 | $ 2.100 | $ 0 | $ 439.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 437.800 | $ 2.100 | $ 0 | $ 439.900 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD ESP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD ESP VALOR | INCAPACIDAD ESP PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 2 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 16.300 | $ 16.300 | $ 100 | $ 0 | $ 16.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 16.300 | $ 100 | $ 0 | $ 16.400 |

### TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|
| CCF40 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | 2 | $ 140.200 | $ 700 | $ 140.900 |
| SUBTOTALES: | | | $ 140.200 | $ 700 | $ 140.900 |

### TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|
| PAICBF | PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR | 2 | $ 105.200 | $ 500 | $ 105.700 |
| PASENA | PASENA - SENA | 2 | $ 70.200 | $ 400 | $ 70.600 |
| SUBTOTALES: | | | $ 175.400 | $ 900 | $ 176.300 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| Nº | DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES: IGE | IRL | LMA | VAC | AVP | VCT | IEP | SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | PARAFISCALES DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1098651598 | CARO HERNANDEZ DIEGO ANDRES | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | NO | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.750.905 | $ 216.900 | $ 0 | $ 216.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.750.905 | 1 | $ 9.200 | 30 | $ 1.750.905 | SCCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 70.100 | $ 35.100 | $ 52.600 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1234338602 | CARO HERNANDEZ ERIKA JOHANNA | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | NO | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 23 | $ 1.342.361 | $ 214.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 214.800 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 23 | $ 1.342.361 | $ 167.800 | $ 0 | $ 167.800 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 23 | $ 1.342.361 | 1 | $ 7.100 | 23 | $ 1.342.361 | SCCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 53.700 | $ 26.900 | $ 40.300 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1234338602 | CARO HERNANDEZ ERIKA JOHANNA | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | NO | | | | | | | 22-23 | 230301-PORVENIR | 7 | $ 408.545 | $ 65.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 65.400 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 7 | $ 408.545 | $ 51.100 | $ 0 | $ 51.100 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 7 | $ 408.545 | | $ 0 | 7 | $ 408.545 | SCCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 16.400 | $ 8.200 | $ 12.300 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 1.336.600**



# FUNDACION SAMARITANA

## Hogar de Caridad María Santísima Samaritana

**Nit. 900.225.215-8**

*Transversal 147 No. 57-16 B. Villa Alcazar Tel. 6850102*

**PRESTACION DE SERVICIOS : PERIODO DE MARZO 06 AL 05 DE ABRIL DE 2026**

| TALENTO HUMANO | VALOR | NOMBRE | TIPO DE CONTRATO | SALUD | PENSIÓN | ARL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECTOR TÉCNICO | 2.400.000,00 | DIEGO NDRES CARO HERNADEZ | NOMINA | SURA 218.900,00 | PORVENIR 280.200,00 | POSITIVA 9.200,00 |
| TRABAJO SOCIAL | 600.000,00 | LUIS FERNANDO TRIANA | CPS | SALUD TOTAL 302.500,00 | COLPENSIONES 387.200,00 | POSITIVA 25.300,00 |
| NUTRICIONISTA | 1,000,000 | LISZETH CAROLINA SIERRA BAUTISTA | CPS | SANITAS 218.900,00 | COLPENSIONES 280.200,00 | POSITIVA 9.200,00 |
| MANIPULADOR DE ALIMENTOS | 1.800.000,00 | FLOR MAGNOLIA MONSALVE NORIEGA | CPS | SURA 218.900,00 | COLPENSIONES 280.200,00 | POSITIVA 9.200,00 |
| AUXILIAR DE MANTENIMIENTO Y ASEO | 1.800.000,00 | ORLANDO CARO ORTEGA | CPS | SURA 218.900,00 | COD #4 N.A | POSITIVA 9.200,00 |
| AUXILIAR DE ENFERMERÍA | 2.100.000,00 | SONIA HERNÁNDEZ BLANCO | CPS | SURA 218.900,00 | COD #4 N.A | POSITIVA 9.200,00 |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | 2.100.000,00 | LUZ ADRIANA MEDINA BECERRA | CPS | SANITAS 218.900,00 | PORVENIR 280.200,00 | POSITIVA 9.200,00 |
| CUIDADORA | 1.800.000,00 | LIGIA SERRANO DUARTE | CPS | SALUD TOTAL 219.800,00 | COD #4 N.A | POSITIVA 9.300,00 |
| INSTRUCTOR ACTIVIDAD PRODUCTIVA | 500.000,00 | MARTHA DUEÑAS GOMEZ | CPS | SALUD TOTAL 218.900,00 | COD #4 N.A | POSITIVA 18.300,00 |
| INSTRUCTOR DEPORTE - CULTURA - RECREA. | 600.000,00 | EDWIN PABON ORDOÑEZ | CPS | SALUD TOTAL 218.900,00 | COLPENSIONES 280.200,00 | POSITIVA 42.700,00 |
| | 13.700.000,00 | | | | | |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 91250268 | | TRIANA PEÑA LUIS FERNANDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | trans 23 52-58 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3102987377 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Límite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 ✓ | 02260897 | 9502260897 | 1 | 2026/04/17 | 2026/04/08 | BANCO AV VILLAS | 0 | $715,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $2,420,000 | $387,200 | | | $2,420,000 | $302,500 | | | $0 | $0 | | | $2,420,000 | $25,300 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $2,420,000 | $387,200 | | | $2,420,000 | $302,500 | | | $0 | $0 | | | $2,420,000 | $25,300 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $2,420,000 | $387,200 | | | $2,420,000 | $302,500 | | | $0 | $0 | | | $2,420,000 | $25,300 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 91250268 | TRIANA LUIS | 25-14 | 30 | $2,420,000 | $387,200 | EPS002 | 30 | $2,420,000 | $302,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $2,420,000 | $25,300 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $2,420,000 | $387,200 | | | $2,420,000 | $302,500 | | | $0 | $0 | | | $2,420,000 | $25,300 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 91250268 | | TRIANA PEÑA LUIS FERNANDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | trans 23 52-58 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3102987377 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 | 02260897 | 9502260897 | I | 2026/04/17 | 2026/04/08 | BANCO AV VILLAS | 0 | $715,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $387,200 | $0 | $0 | $387,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $387,200 | $0 | $0 | $387,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $25,300 | $0 | $0 | $25,300 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $25,300 | $0 | $0 | $25,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $302,500 | $0 | $0 | $302,500 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $302,500 | $0 | $0 | $302,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $715,000 | $0 | $0 | $715,000 |



2026/04/08 03:42 PM

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | |
|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 37512694 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | LISEZTH CAROLINA SIERRA BAUTISTA SIERRA BAUTISTA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA |
| DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CLL 40 38-11 CABECERA |
| TELÉFONO: | 6666666 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE |
| CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA |
| ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | |
|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 5168635047 |
| TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo AÑO 2020 |
| PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO 2020 |
| DÍAS DE MORA: | 0 |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2020/04/14 |
| NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9990444365 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 280.200 | $ 0 | $ 280.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 280.200 | $ 0 | $ 280.200 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | 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 | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD ESP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD ESP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.200 | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 37512694 | SIERRA BAUTISTA LISEZTH CAROLINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS005-SANITAS S.A | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 |

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.750.905 | 37512694 | $ 9.200 |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 508.300**

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

ach SOI

Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 91227374 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | ORLANDO CARO ORTEGA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CALLE 8 NO 18-39 BARRIO COMUNEROS | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4646504641 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | marzo AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | marzo AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/04/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9098444370 |

**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 |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |

**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 |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.200 | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 91227374 | CARO ORTEGA ORLANDO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | REQ CUMP PENS | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 |

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.750.905 | 91227374 | $ 9.200 |

PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 228.100**

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 63322669 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SONIA HERNANDEZ BLANCO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | TRANSVERSAL 147 #57-16 BARRIO VILLA ALCA | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 46504412040 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo AÑO 2026 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/04/14 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9999444337 |

### 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 |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |

### 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 |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.200 | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | N-3 | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | ING | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 63322669 | HERNANDEZ BLANCO SONIA | INDEPENDIENTE | NO OBLIG COT PENS EDAD | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | 1.750.905 | 63322660 | $ 9.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 228.100**

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 46455874 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUZ ADRIANA MEDINA BECERRA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | FLORIDABLANCA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CLL 35A # 2AE-76 LA CUMBRE | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 46504106651 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/04/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9996444346 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 280.200 | $ 0 | $ 280.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 280.200 | $ 0 | $ 280.200 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.200 | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 46455874 | MEDINA BECERRA LUZ ADRIANA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 |

| SEGURIDAD SOCIAL – SALUD | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | EPS005-SANITAS S.A | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 |

| SEGURIDAD SOCIAL – ARP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.750.905 | 46455874 | $ 9.200 |

| PARAFISCALES | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 508.300**

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 37934332 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | LIGIA SERRANO DUARTE |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CALLE 142 #60-49 EL CARMEN 3 ETAPA | TELÉFONO: | 0000000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4646167414 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo AÑO 2026 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 6 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/04/16 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1110264005 |

### 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 | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 900 | $ 0 | $ 218.900 | $ 900 | $ 0 | $ 219.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 218.900 | $ 900 | $ 0 | $ 219.800 |

### 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 |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.200 | $ 9.200 | $ 100 | $ 0 | $ 9.300 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 9.200 | $ 100 | $ 0 | $ 9.300 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO/ EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | IVG | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | CDM | EDE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 37934332 | SERRANO DUARTE LIGIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | NO OBLIG COT PENS EDAD | $ 1.750.905 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.750.905 | 37934332 | $ 9.200 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 229.100**

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

aportes en línea

# Resumen General de Pago

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 37831989 | | DUEÑAS GOMEZ MARTHA ISABEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 14A # 10A 21ALTOS DE ROSALES | FLORIDABLANCA-SANTANDER | 6799545 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 | 1000001371 | 9502517269 | I | 2026/04/23 | 2026/04/07 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $237,200 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $18,300 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $18,300 | | $0 | $0 |
| Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER ( 1 Afiliados) | | | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $18,300 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 37831989 | DUEÑAS MARTHA | | 0 | $0 | $0 | EPS002 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,750,905 | $18,300 | 0 | $0 | $0 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $18,300 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 37831989 | | DUEÑAS GOMEZ MARTHA ISABEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 14A # 10A 21ALTOS DE ROSALES | FLORIDABLANCA-SANTANDER | 6799545 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 | 1000001371 | 9502517269 | I | 2026/04/23 | 2026/04/07 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $237,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $18,300 | $0 | $0 | $18,300 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $18,300 | $0 | $0 | $18,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $237,200 | $0 | $0 | $237,200 |



2026/04/07 06:14 AM

aportes en línea

# Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificacion | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 91156994 | | PABON ORDOÑEZ EDWIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 6 # 15 - 17 | FLORIDABLANCA-SANTANDER | 6564568 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 | | 9501031493 | 1 | 2026/04/24 | | | 0 | |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $0 | $0 | $42,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $42,700 | $0 | $0 | $42,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $10,600 | $0 | $0 | $10,600 |
| COMFENALCO SANTANDER | CCF40 | 890,201,578 | 7 | 1 | $10,600 | $0 | $0 | $10,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $552,400 | $0 | $0 | $552,400 |

aportes en línea

# Planilla Integrada

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificacion | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Telefono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 91156994 | | PABON ORDOÑEZ EDWIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 6 # 15 - 17 | FLORIDABLANCA-SANTANDER | 6564568 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pension | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 | | 9501031493 | I | 2026/04/24 | | | 0 | |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo id | No id | Nombre | Tipo Cotizante | Horas Laboradas | Extranjero | Temp. Ext. | Fecha Radicacion en el Exterior | ing | Fecha ing | ret | Fecha ret | tde | tae | tdp | tao | vsp | Fecha inicio vsp | cor | vst | sin | Fecha inicio sin | Fecha Fin sin | ige | Fecha inicio ige | Fecha Fin ige | lma | Fecha inicio lma | Fecha Fin lma | vac-lr | Fecha inicio vac-lr | Fecha Fin vac-lr | avp | v |
| 1 | CC | 91156994 | PABON ORDOÑEZ EDWIN | Independiente con contrato de prestacion de servicios superior a 1 mes | 0 | No | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Total** Afiliados(1)

PLANILLA SIN PAGAR

aportes en línea

# Planilla Integrada

| | | CCF | | | | | RIESGOS | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total | EPS Destino | Administradora | Dias | IBC | Tarifa | Valor Cotizacion | Administradora | Dias | IBC | Tarifa | Clase Riesgo | Valor Cotizacion | Dias | IBC | Tarifa SENA | Valor Cotizacion SENA | Tarifa ICBF | Valor Cotizacion ICBF | Tarifa ESAP | Valor Cotizacion ESAP | Tarifa MEN | Valor Cotizacion MEN | Exonerado SENA e ICBF |
| $ 218.900 | | COMFENALCO SANTANDER | 30 | $ 1.750.905 | 0,6% | $ 10.600 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | $ 1.750.905 | 2,436% | 3 | $ 42.700 | 30 | $ 0 | 0% | $ 0 | 0% | $0 | 0% | $0 | 0% | $0 | No |
| $ 218.900 | | | | | | $ 10.600 | | | | | | $ 42.700 | | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | |

DIAN

**DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO DE NÓMINA ELECTRÓNICA**
**Representación gráfica**

## Datos de la Nómina Electrónica

Código Único de Nómina Electrónica - CUNE:
22e64cb6018ae1301548f1b14577b4687edda4e1a6af3dbf98b225197b4b6bb07c7911784001f969b39d8cef8bb5963f

| | | | |
|---|---|---|---|
| Número de Nómina: | NOM24 | Período de Nomina: | Mensual |
| Fecha de generación: | 2026-04-03 02:27:20-05:00 | País: | Colombia |
| Periodo de Liquidación: | 2026-03-01 a 2026-03-31 | Departamento/Estado: | Santander |
| | | Municipio/Ciudad: | Floridablanca |

## Datos del Empleador

| | |
|---|---|
| Razón Social: | Fundacion hogar de caridad maria santisima samaritana |
| Nombre completo: | |
| Nit del Empleador: | 900225215 |
| País: | Colombia |
| Departamento: | Santander |
| Municipio/Ciudad: | floridablanca |
| Dirección: | TV 147 57 16 BRR VILLA ALCAZAR - LA CUMBRE |

## Datos del Trabajador

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre completo: | DIEGO ANDRES CARO HERNANDEZ | Tiempo Laborado: | 60 Días |
| Número de Documento: | 1098651598 | Fecha de Ingreso: | 2026-02-01 |
| Código del Trabajador: | | Fecha de Retiro: | |
| Tipo Trabajador: | Dependiente | País Trabajo | Colombia |
| | | Departamento Trabajo: | Santander |
| Tipo de Contrato: | Término Indefinido | Municipio/Ciudad Trabajo: | girón |
| Salario Integral: | No | | |
| Sueldo: | 1.750.905 | Dirección Trabajo: | CL 28 A 31 182 BRR LA CAMPIÑA |

## Devengados

| Nro. | Concepto | Tipo | Descripción | Horas/Días | Devengado |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Sueldo Básico | | | 30 D | 1.750.905 |
| 2 | Auxilio Transporte | | | | 249.095 |
| 3 | Bonificación | No Salarial | | | 540.000 |
| | | | | Saldo | 2.540.000 |

## Deducciones

| Nro. | Concepto | Tipo | Descripción | Horas/Días | Devengado |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Salud | | | | 70.000 |
| 2 | Fondos de Pensión | | | | 70.000 |
| | | | | Saldo | 140.000 |

## Notas

**Datos Totales**

| | |
|---|---|
| Banco: | BANCOLOMBIA |
| Tipo de Cuenta: | AHORROS |
| Número de Cuenta: | 91249119101 |
| Forma de Pago: | Contado |
| Medio de Pago: | Transferencia Débito Bancaria |
| Fecha de pago: | 2026-04-20 |
| MONEDA: | COP-Peso Colombiano |
| TASA DE CAMBIO: | |
| **Total Devengados (+)** | **2.540.000** |
| **Total Deducciones (-)** | **140.000** |
| **Total Documento Soporte (=)** | **2.400.000** |

**Documento validado por la DIAN:**
**2026-04-03 14:27:23**
**Documento generado el:**
**2026-04-03 02:27:20-05:00**
**Generado por:**
**Solución Gratuita DIAN**
**Nit: 800197268**

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CER_AFI_2026027229998

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA identificado con NI. 900225215 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio de Cobertura** | 2008/09/03 | **Tipo de Vinculación** | Empleador |
| **Estado de Afiliación** | Activa | **Código Actividad Económica** | 1881001 |
| **Número de trabajadores Dependientes Activos** | 1 | **Número de Trabajadores Independientes Activos** | 6 |

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de mayo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC11052026S63322669H17935554.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

**Gerencia de afiliaciones y novedades ARL**
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, el empleador FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA identificado con NI 900225215, registra afiliación desde 03/09/2008, con actividad económica principal ACTIVIDADES DE ASISTENCIA SOCIAL SIN ALOJAMIENTO PARA PERSONAS MAYORES Y DISCAPACITADAS, INCLUYE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ASESORAMIENTO Y DE BIENESTAR SOCIAL SERVICIOS SIMILARES QUE SE PRESTAN A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN SUS DOMICILIOS O EN OTROS LUGARES, ORGANIZACIONES PUBLICAS O PRIVADAS, ORGANIZACIONES NACIONALES O LOCALES DE AYUDA Y ESPECIALISTAS EN SERVICIOS DE ASESORAMIENTO: VISITA A ANCIANOS ENFERMOS, ACTIVIDADES DE ATENCION DIURNA PARA ANCIANOS Y ADULTOS CON DISCAPACIDAD, ACTIVIDADES DE ADIESTRAMIENTO Y READAPTACION PROFESIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SIEMPRE QUE con código de actividad 1881001 y clase de riesgo 1, estado Activo.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 dia(s) del mes de Mayo de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

Cámara de Comercio de Bucaramanga
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL**
**Fecha expedición : 19/03/2026 - 12:3:45**
Recibo No. 12541444, Valor: $12.100

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: BUES312FAC**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a WWW.CAMARADIRECTA.COM y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

**CON FUNDAMENTO EN LAS INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:**

**NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

| | |
|---|---|
| Razón Social: | FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA |
| Sigla: | FUNDACION SAMARITANA |
| Nit: | 900225215-8 |
| Domicilio principal: | Floridablanca |

**INSCRIPCIÓN**

| | |
|---|---|
| Inscripción | 05-507710-37 |
| Fecha de inscripción: | 23 de Junio de 2008 |
| Ultimo año renovado: | 2026 |
| Fecha de renovación: | 16 de Febrero de 2026 |
| Grupo NIIF: | Grupo III. |

**UBICACIÓN**

| | |
|---|---|
| Dirección del domicilio principal: | TRANSVERSAL 147 NO. 57-16 BARRIO VILLA ALCAZAR |
| Municipio: | Floridablanca - Santander |
| Correo electrónico: | FUNDACION-SAMARITA@HOTMAIL.COM |
| Teléfono comercial 1: | 6076850102 |
| Teléfono comercial 2: | 3187075141 |
| Teléfono comercial 3: | No reportó |
| Dirección para notificación judicial: | TRANSVERSAL 147 NO. 57-16 BARRIO VILLA ALCAZAR |
| Municipio: | Floridablanca - Santander |
| Correo electrónico de notificación: | FUNDACION-SAMARITA@HOTMAIL.COM |
| Teléfono para notificación 1: | 6076850102 |
| Teléfono para notificación 2: | 3187075141 |
| Teléfono para notificación 3: | No reportó |

La persona jurídica FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



Firma válida
Firma Electrónica

---

## CONSTITUCIÓN

Por Acta No 001 del 24 de Mayo de 2008 de Asamblea General De Asociados de Floridablanca, inscrito en esta Cámara de Comercio el 23 de Junio de 2008, con el No 31862 del libro I, se constituyó la entidad sin ánimo de lucro denominada FUNDACION NUEVA ESPERANZA HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA

## ENTIDAD QUE EJERCE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Que la entidad se encuentra sometida a la inspección, vigilancia y control de la Secretaria Juridica De La Gobernacion De Santander. En consecuencia esta obligada a cumplir con las normas que rigen esta clase de entidades.

## REFORMAS ESPECIALES

QUE POR ACTA NO. 06 DE FECHA 12/07/2011 DE ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ASOCIADOS INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 05/12/2011, BAJO EL NO. 40421 DEL LIBRO I, CONSTA: CAMBIO DE RAZON SOCIAL A :FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA, SIGLA : FUNDACION SAMARITA.

C E R T I F I C A

QUE POR ACTA NO. 15 DE FECHA 2019/04/10 DE ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ASOCIADOS, INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 2019/04/30, BAJO EL NO. 67350 DEL LIBRO 1, CONSTA: MODIFICACION DE LA SIGLA: FUNDACION SAMARITANA

## TÉRMINO DE DURACIÓN

La entidad no se encuentra disuelta y su duración es INDEFINIDA

## OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: QUE POR ACTA NO. 08 DE FECHA 16/10/2012 DE ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ASOCIADA, ANTES CITADA, CONSTA: REFORMA OBJETO SOCIAL: ARTICULO 5.- EL OBJETO SOCIAL DE LA "FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA" ES PRESTAR LOS SERVICIOS SOCIALES, A LOS ADULTOS MAYORES DISCAPACITADOS Y HABITANTES DE CALLE QUIENES POR SUS IMPEDIMENTOS NO PUEDAN ACOPLARSE O ALCANZAR SU ENTORNO SOCIO FAMILIAR. PARA EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO LA INSTITUCION CUENTA CON LOS SIGUIENTES PROGRAMAS: 1.PRESTAR EL SERVICIO DE CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR (CBA) 2.PRESTAR SERVICIOS DE PROGRAMA DE CENTRO VIDA 3.PRESTAR SERVICIOS DE PROGRAMAS DE GUARDERIA DIURNA, NOCTURNA Y FINES DE SEMANA; DANDO UNA ATENCION INTEGRAL DE PROTECCION Y ASISTENCIA A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA. LA FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA TIENE COMO OBJETIVO

---

FUNDAMENTAL DAR PROTECCION A LAS PERSONAS MAYORES DE CINCUENTA Y CINCO AÑOS (55), CUANDO SUS CONDICIONES DE DESGASTE FISICO, VITAL Y PSICOLOGICO ASI LO DETERMINEN, Y HABITANTES DE LA CALLE MEDIANTE EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES QUE LE GARANTICEN UN OPTIMO NIVEL DE VIDA, SALUD Y BIENESTAR PERSONAL. EN CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO SOCIAL Y GARANTIZAR LA ATENCION Y PRESTACION DE SERVICIOS INTEGRALES, ALIMENTACION, CUIDADO, BIENESTAR RECREACION Y ASISTENCIA SOCIAL, LA FUNDACION PODRA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES. A. LA INSTITUCION PODRA GESTIONAR, CELEBRAR Y EJECUTAR TODA CLASE DE ACTOS O CONTRATOS CON ORGANIZACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES Y CON ENTES TERRITORIALES TANTO GUBERNAMENTALES, MUNICIPALES COMO PRIVADAS, AUTORIZADOS POR LA LEY PARA ATENDER A SUS NECESIDADES MEDIANTE EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES QUE LE GARANTICEN UN OPTIMO NIVEL DE BIENESTAR PERSONAL. B. DE IGUAL MANERA LA INSTITUCION PODRA OFRECER A LAS ORGANIZACIONES SOCIALES, CIVICAS COMUNITARIAS A LA COMUNIDAD EN GENERAL LOS SERVICIOS DE ORIENTACION ESPIRITUAL, RELIGIOSO, PREVENCION, RECREACION, DEPORTES, ACTIVIDADES CULTURALES, OCUPACIONALES, ARTISTICAS HUMORISTICAS, TERAPEUTICAS, MANEJO Y CUIDADOS ESPECIALES, GENERALIZADOS POR LOS ADULTOS MAYORES, QUIENES POR SUS IMPEDIMENTOS NO LOGRAN ACOPLARSE O ALCANZAR SU ENTORNO SOCIO FAMILIAR, Y QUE EN UN MOMENTO DADO PUEDA LLEGAR A REQUERIR CUALQUIERA DE NUESTROS ADULTOS MAYORES INTERNOS Y EXTERNOS, QUIENES REQUIEREN UN CUIDADO CONTINUO Y HUMANO. C. ORGANIZAR PROGRAMAS, SERVICIOS DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL, ORGANIZAR PROGRAMAS DE PREVISION SOCIAL PARA LOS ADULTOS MAYORES, ESTABLECER SERVICIOS FUNERARIOS, ORGANIZAR PROGRAMAS RECREATIVOS Y CULTURALES. D. CANALIZAR LA SOLIDARIDAD CIUDADANA EN BENEFICIO DE LOS ADULTOS MAYORES. E. FOMENTAR LA SOLIDARIDAD Y CREAR CONDICIONES PARA UNA MEJOR Y MAS LARGA VIDA DE LAS PERSONAS,DE LA TERCERA EDAD. F. GESTIONAR RECURSOS Y SERVICIOS DE INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS, PARA CONTRIBUIR AL MANTENIMIENTO DE LAS CAPACIDADES PSICOFISICAS Y PSICOSOCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANDO EN PROGRAMAS A TRAVES DE ACCIONES DE CARACTER PREVENTIVO, FORMATIVO Y ASISTENCIAL QUE RESPONDA A LAS NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR DE LA LOCALIDAD, ESTOS PROGRAMAS REPRESENTAN UN BENEFICIO PARTICULAR Y COMPLEMENTARIO QUE AYUDA POR SU CARACTER GRUPAL, EL LOGRO DE UNA MEJOR Y MAYOR COMPOSICION, ENRIQUECIENDO LA VIDA SOCIAL DEL ADULTO MAYOR. G. ORGANIZAR PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL, PROGRAMAS DE PREVISION SOCIAL PARA LOS ADULTOS MAYORES, DE LA FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA GARANTIZARA LA PROMOCION DE LA SALUD, LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES, SU REMISION OPORTUNA A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA SU ATENCION TEMPRANA Y OPORTUNA CUANDO SEA EL CASO. H. ESTABLECER CONVENIOS, UNIONES TEMPORALES Y ACUERDOS CON OTRAS ENTIDADES PUBLICAS O PRIVADAS YA SEA DEL ORDEN LOCAL, DEPARTAMENTAL, NACIONAL E INTERNACIONAL, CUANDO ALGUNO O ALGUNOS DE LOS SERVICIOS NO PUEDA SER PRESTADO DIRECTAMENTE POR LA FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA. I. REALIZAR Y PARTICIPAR EN CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES CON ENTIDADES OFICIALES O PRIVADAS CUYO OBJETO PROPENDA POR EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD LA PREVENCION DE ENFERMEDADES EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE VIDA, LA SANA UTILIZACION DEL TIEMPO LIBRE, Y EL BIENESTAR INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES. J. PRESTAR EL SERVICIO DE ALIMENTACION QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALORICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR, DE ACUERDO CON LOS MENUS QUE DE MANERA ESPECIAL PARA LOS REQUERIMIENTOS DE ESTA POBLACION, ELABOREN LOS PROFESIONALES DE LA NUTRICION. K. BRINDAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD, LA CUAL

---

ABARCARA LA PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, DE ACUERDO CON LAS CARACTERISTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES, PREVENCION DE ENFERMEDADES, DETECCION OPORTUNA DE PATOLOGIAS Y REMISION A LOS SERVICIOS DE SALUD CUANDO ELLO SE REQUIERA. SE INCLUYE LA ATENCION PRIMARIA, ENTRE OTRAS, DE PATOLOGIAS RELACIONADAS CON LA MALNUTRICION, MEDICINA GENERAL, Y ODONTOLOGIA, APOYADOS EN LOS RECURSOS Y ACTORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD VIGENTE EN COLOMBIA, EN LOS TERMINOS QUE ESTABLECEN LAS NORMAS CORRESPONDIENTES. L. GARANTIZAR LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD EN TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD, A LOS ADULTOS MAYORES DENTRO DE LOS GRUPOS PRIORITARIOS QUE DEFINE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, COMO BENEFICIARIOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO. M. REALIZAR CONVENIOS Y CONTRATOS CON ENTIDADES PUBLICAS, PRIVADAS, LOCALES, REGIONALES, NACIONALES E INTERNACIONALES, PARA ADMINISTRAR, DIRIGIR Y EJECUTAR PROYECTOS RELACIONADOS CON ACTIVIDADES ECONOMICAS, SOCIALES Y CULTURALES QUE BENEFICIEN A LA COMUNIDAD EN GENERAL. N. PROMOVER Y PATROCINAR PROCESOS DE FORMACION Y DESARROLLO SOCIO AMBIENTAL, DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PRESERVACION DEFENSA DEL MEDIOAMBIENTE COMO: REFORESTACION, PROTECCION DE MICRO CUENCAS, RECICLAJE DE RESIDUOS SOLIDOS, ETC. O. ASEGURAMIENTO EN SALUD. SERA UNIVERSAL EN TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD, INCLUYENDO A LOS ADULTOS MAYORES DENTRO DE LOS GRUPOS PRIORITARIOS QUE DEFINE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, COMO BENEFICIARIOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO. P. CELEBRAR CONVENIOS CON ORGANISMOS DEL ESTADO O INTERNACIONALES, ONG, ENTIDADES PUBLICAS O PRIVADAS PARA RECIBIR TRANSFERENCIA DE TECNOLOGIA APLICABLE AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS ANTERIORMENTE SERAN CON EL PROPOSITO DE RACIONALIZAR LOS COSTOS Y MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS, POR LA FUNDACION HOGAR DE CARIDAD MARIA SANTISIMA SAMARITANA SE PODRAN FIRMAR CONVENIOS CON LAS UNIVERSIDADES QUE POSEAN CARRERAS DE CIENCIAS DE LA SALUD (MEDICINA, ENFERMERIA, ODONTOLOGIA, NUTRICION, TRABAJO SOCIAL, PSICOLOGIA, TERAPIAS, GERONTOLOGIA Y GERIATRIA ENTRE OTRAS); CARRERAS COMO EDUCACION FISICA, ARTISTICA; CON EL SENA Y OTROS CENTROS DE CAPACITACION QUE SE REQUIERAN. LOS SERVICIOS ENUNCIADOS EN EL ARTICULO ANTERIOR SERAN IMPLEMENTADOS Y DESARROLLADOS CUANDO LA CAPACIDAD ECONOMICA, TECNICA Y ADMINISTRATIVA DE LA FUNDACION LO PERMITAN. PARA EL EFECTO, DEBERAN ELABORARSE Y APROBARSE LOS ESTUDIOS ECONOMICOS Y FINANCIEROS PREVIOS AL PROYECTO EN PARTICULAR Y LA ELABORACION DE REGLAMENTOS RESPECTIVOS PARA CADA SECCION. ADEMAS DEBERA PREVERSE LOS REQUISITOS Y DEMAS DISPOSICIONES QUE SE ESTIMEN PERTINENTES PARA UN SERVICIO EN PARTICULAR, DE ACUERDO CON LA LEY Y EL ESTATUTO.

**PATRIMONIO**

PATRIMONIO: EL ACTIVO DE LA FUNDACION ESTARA CONSTITUIDO PRINCIPALMENTE POR: 1- LA SUMA Y BIENES QUE APORTEN SUS ASOCIADOS. 2- LOS INCREMENTOS DE TODA ESPECIE PRODUCIDOS POR DICHOS APORTES. 3-LOS AUXILIOS, DONACIONES, HERENCIAS Y LEGADOS O CUALQUIER DERECHO PATRIMONIAL QUE OBTENGAN A CUALQUIER TITULO FUTURO (LA FUNDACION PODRA ACEPTAR AUXILIOS, DONACIONES, SIEMPRE Y CUANDO EL MODO Y LA CONDICION NO CONTRARIEN LA CONSTITUCION NACIONAL, LAS LEYES O DISPOSICIONES TRI BUTARIAS ESTATUTARIAS QUE RIGEN A LA FUNDACION).

---

## REPRESENTACIÓN LEGAL

REPRESENTACION LEGAL: EL DIRECTOR EJECUTIVO ES EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUN DACION.

## FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: " EL PRESIDENTE DEL GRUPO, DIRECTOR EJECUTI VO O REPRESENTANTE LEGAL TIENE LAS SIGUIENTES ATRIBUCIONES. 1. EJERCER LA REPRE SENTACION LEGAL DE LA FUNDACION. 2. CITAR A REUNION CADA VEZ QUE CONSIDERE NECE SARIA LA JUNTA DIRECTIVA. 3. FIRMAR LAS ACTAS JUNTO CON EL SECRETARIO. 4. REVI SAR Y FIRMAR LAS CUENTAS JUNTO CON EL REVISOR FISCAL. 5.CUMPLIR Y HACER CUMPLIR LOS ESTATUTOS. 6. CUIDAR VIGILAR Y ADMINISTRAR LOS BIENES DE LA FUNDACION. 7. EJERCER LA ORDENACION DEL GASTO ORIENTADA AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA FUNDACION. 8. SUSCRIBIR DIRECTAMENTE A NOMBRE DE LA FUNDACION LOS CONTRATOS HASTA UNA CUANTIA DE DOSCIENTOS CINCUENTA (250) SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUA LES. LOS SUPERIORES A ESA CUANTIA LOS SUSCRIBIRA, PREVIA AUTORIZACION DE LA JUNTA DIRECTIVA. 9. PRESENTAR ANUALMENTE A LA JUNTA DIRECTIVA PARA SU DISCUSION EL PLAN DE TRABAJO Y EL PROYECTO DE PRESUPUESTO DE LA FUNDACION PARA EL AÑO CO RRESPONDIENTE. 10. NOMBRAR Y REMOVER EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA FUNDACION SEGUN DECISIONES TOMADAS POR LA JUNTA DIRECTIVA, CONCEDER LICENCIAS, PERMISOS, REALIZAR NOMBRAMIENTOS EN INTERINIDAD Y EN GENERAL ADMINISTRAR EL PERSONAL AL SERVICIO DE LA FUNDACION, Y DELEGAR LAS FUNCIONES QUE CONSIDEREN CONVENIENTES. 11. PRESENTAR A LA JUNTA DIRECTIVA EL BALANCE GENERAL PARA SER PRESENTADO A SU VEZ A LA ASAMBLEA GENERAL DE MIEMBROS. 12. GIRAR CONJUNTAMENTE CON E TESORERO LOS CHEQUES QUE DEBA EMITIR LA FUNDACION. 13. EXPEDIR LAS CERTIFICACIONES A QUE HUBIERE LUGAR Y DEMAS FUNCIONES INHERENTES A SU CARGO. 14. EN CONCORDANCIA CON LOS DIRECTORES COMPETENTES, ADELANTAR TODAS LAS GESTIONES ANTE ENTIDADES OFICIA LES, NO OFICIALES, PRIVADAS O PUBLICAS, NACIONALES O EXTRANJERAS PARA EL CUMPLI MIENTO DEL OBJETO SOCIAL DE LA INSTITUCION. 15. APROBAR LOS ACTOS Y CONTRATOS QUE COMPROMETAN A LA FUNDACION Y LOS QUE SEÑALEN LOS ESTATUTOS, REGLAMENTOS, ACUERDOS DE LA ASAMBLEA O LA JUNTA DIRECTIVA, RESOLUCIONES O DEMAS DOCUMENTOS. 16. PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL DE FUNDADORES INFORME ESCRITO SOBRE LA MAR CHA DE LA FUNDACION Y EN LAS REUNIONES EXTRAORDINARIAS EXPLICACIONES SOBRE LOS MOTIVOS DE LA CONVOCATORIA.17. LAS DEMAS QUE CORRESPONDAN A LA NATURALEZA DE SU CARGO, Y/O QUE LE FIJEN LAS NORMAS LEGALES, ESTATUTARIAS, REGLAMENTARIAS A LA ASAMBLEA GENERAL.".

## NOMBRAMIENTOS

### REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No 06 del 12 de Julio de 2011 de Asamblea Extraordinaria De Asociados inscrita en esta cámara de comercio el 05 de Diciembre de 2011 con el No 40422 del libro I, se designó a:

Cámara de Comercio de Bucaramanga
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL**
**Fecha expedición : 19/03/2026 - 12:3:45**
Recibo No. 12541444, Valor: $12.100

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: BUES312FAC**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a WWW.CAMARADIRECTA.COM y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| REPRESENTANTE LEGAL | HERNANDEZ BLANCO SONIA | C.C. 63322669 |

**ORGANO DE ADMINISTRACIÓN**

Por Acta No 06 del 12 de Julio de 2011 de Asamblea Extraordinaria De Asociados inscrita en esta camara de comercio el 05 de Diciembre de 2011 con el No 40422 del libro I, se designo a:

**P R I N C I P A L E S**

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| HERNANDEZ BLANCO SONIA | C.C. No 63322669 |
| CARO ORTEGA ORLANDO | C.C. No 91227374 |
| CARO HERNANDEZ DIEGO ANDRES | C.C. No 1098651598 |

**REVISORES FISCALES**

Por Acta No 001 del 24 de Mayo de 2008 de Asamblea General De Asociados inscrita en esta Cámara de Comercio el 23 de Junio de 2008 con el No 31862 del libro I, se designó a:

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| REVISOR FISCAL PRINCIPAL | BELTRAN ACEVEDO MARIO | C.C 13849445 |

**REFORMAS A LOS ESTATUTOS**

Los estatutos de la Entidad han sido reformados así:

| DOCUMENTO | | INSCRIPCION |
|---|---|---|
| A. No 06 | de 12/07/2011 Asamblea E de Floridablan | 40421 05/12/2011 Libro I |
| No | de 12/12/2011 Asamblea G de Floridablan | 40556 20/12/2011 Libro I |
| A. No 08 | de 16/10/2012 Asamblea E de Floridablan | 43349 19/10/2012 Libro I |
| A. No 15 | de 10/04/2019 Asamblea E de Floridablan | 67350 30/04/2019 Libro I |

**RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de

---

recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bucaramanga, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

## CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8730.

## TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la resolución 2225 de 2019 del DANE, el tamaño de la empresa es :
Micro Empresa

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por Actividad Ordinaria: $174.000.000

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo:
CIIU: 8730

## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

No aparece inscripción posterior de documentos que modifique lo antes enunciado

---

| El presente certificado no constituye conceptos favorables de uso de suelo, normas sanitarias y de seguridad.

---

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la entidad, a la fecha y hora de su expedición.

Importante: la firma digital del secretario de la Camara de Comercio de Bucaramanga contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la superintendencia de industria y comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la ley 527 de 1999.

Cámara de Comercio de Bucaramanga
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL**
**Fecha expedición : 19/03/2026 - 12:3:45**
Recibo No. 12541444, Valor: $12.100

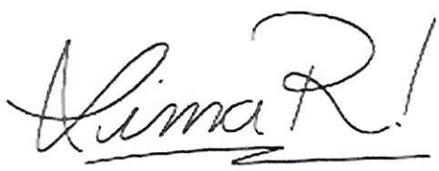
**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: BUES312FAC**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a WWW.CAMARADIRECTA.COM y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

En el certificado se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del secretario de la Cámara de Comercio de Bucaramanga, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No, obstante si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual puede imprimirlo desde su computador con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio de Bucaramanga. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar, por una sola vez, su contenido ingresando a www.camaradirecta.com opción certificados electrónicos y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las ventanillas o a través de la plataforma virtual de la cámara.



Lina Maria Rodriguez Buitrago

Cámara de Comercio de Bucaramanga
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL**
**Fecha expedición : 19/03/2026 - 12:3:45**
Recibo No. 12541444, Valor: $12.100

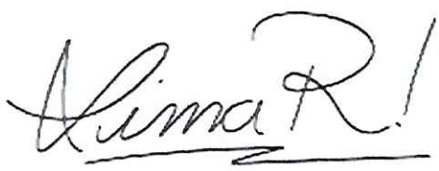
**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: BUES312FAC**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a WWW.CAMARADIRECTA.COM y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

En el certificado se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del secretario de la Cámara de Comercio de Bucaramanga, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No, obstante si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual puede imprimirlo desde su computador con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio de Bucaramanga. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar, por una sola vez, su contenido ingresando a www.camaradirecta.com opción certificados electrónicos y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las ventanillas o a través de la plataforma virtual de la cámara.



Lina Maria Rodriguez Buitrago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ACTA No.** | 01 | **TIPO DE CONTRATO** | CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 |
| **INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO** | | | |
| **No. DE CONTRATO** | 01577 - 2026 co1.pccntr.9257140 | **FECHA DE CONTRATO** | 30/01/2026 |
| **NOMBRE CONTRATISTA** | **FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTISIMA SAMARITANA** identificada con Nit No.900225215-8, representada legalmente por SONIA HERNANDEZ BLANCO identificada con la cedula de ciudadanía No. 63.322.669 de Bucaramanga. | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | | | |
| *AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR PROTECCIÓN Y BIENESTAR A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, CON LA METODOLOGÍA DE SISBEN IV ENTRE A1 A C18 O CARENTES DE RECURSOS ECONÓMICOS, ASÍ COMO BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A SUS NECESIDADES Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA, CONFORME A LAS LEYES 1276 Y 1315 DE 2009 - LOTE 3.* | | | |
| **No. DE CDP** | 26-01085 | **FECHA DE EXPEDICIÓN CDP** | 14/01/2026 |
| **No. DE RP** | 26-01735 | **FECHA DE EXPEDICIÓN RP** | 06/02/2026 |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN** | MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR** | VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA | | |
| **CARGO DEL SUPERVISOR** | SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | | |
| **OFICINA GESTORA** | SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | | |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | EL PLAZO ESTIPULADO POR LA ENTIDAD PARA LA EJECUCIÓN ES DE SIETE (7) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO. | | |
| **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO** | 06/02/2026 | | |
| **FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | 05/09/2025 | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | El valor del convenio lo integran los aportes en dinero por parte del Municipio de Floridablanca y los aportes en especie por parte del asociado.<br><br>Se entiende por aportes en especie bienes diferentes o no equivalentes al dinero.<br><br>El valor del convenio asciende a la suma de DOSCIENTOS VEINTISÉIS MILLONES NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS MCTE ($226.094.820), de los cuales, el Municipio de Floridablanca aporta en dinero la suma de DOSCIENTOS TRECE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL PESOS MCTE ($ 213.297.000) , y el asociado aporta en especie un valor equivalente a DOCE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS MCTE ($12.797.820). En el valor del convenio se entienden incluidos los impuestos, tasas, contribuciones y erogaciones que se causen por su celebración, ejecución y liquidación. | | |
| **PÓLIZA DE GARANTÍAS** | | | |
| **NOMBRE DE LA ASEGURADORA** | *COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.* | | |
| **NÚMERO DE PÓLIZA** | *PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No. B-100074844* | | |
| **NÚMERO DE PÓLIZA** | *PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL No. B-100020825* | | |
| **FECHA DE APROBACIÓN** | *04/02/2026* | | |

En el municipio de Floridablanca, a los seis (06) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026), se reunieron **FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTISIMA SAMARITANA** identificado con Nit No.900225215-8, representada legalmente por SONIA HERNANDEZ BLANCO identificada con la cedula de ciudadanía No. 63.322.669 de Bucaramanga, en calidad de contratista, quien para los efectos de este documento se llamará el **CONTRATISTA** y **MARTHA YULEIMA AREVALO ACEVEDO**, Secretaria de Desarrollo Social, actuando en calidad de supervisor del contrato, quien en adelante se denominará el **SUPERVISOR**, con el fin de suscribir la presente acta de inicio del CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 No. 01577 - 2026 co1.pccntr.9257140 del 30/01/2026, previa las siguientes:

## CONSIDERACIONES

**1-** Que, el treinta (30) de enero de dos mil veintiséis (2026), se firmó entre el **MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA**, con NIT No. 890.205.176-8 y el **CONTRATISTA**, el CONVENIO DE ASOCIACIÓN,

LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 No. 01577 - 2026 co1.pccntr.9257140 del 30/01/2026, el cual se perfecciono en la hora y fecha en que se llevó a cabo la aprobación de las partes en el Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP II.

2- Que, entre el **JEFE OFICINA DE CONTRATACIÓN** del municipio de Floridablanca o quien haga sus veces y el **SUPERVISOR**, suscribieron DESIGNACIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO por medio de la cual se le designa la supervisión del CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 No. 01577 - 2026 co1.pccntr.9257140 del 30/01/2026

3- Que, teniendo en cuenta la información general del contrato y los documentos que lo conforman, el **SUPERVISOR** verificó el cabal cumplimiento de los presupuestos requeridos para su ejecución, conforme a lo estipulado en la cláusula vigésima segunda del Clausulado del contrato, en observancia de su función general de ejercer el control y vigilancia sobre la ejecución contractual del contrato supervisado. Por lo tanto, existen las apropiaciones presupuestales que garantizan su pago de acuerdo con el registro presupuestal No. **26-01735** expedido el día **06/02/2026**, así mismo, el **CONTRATISTA** cumplió con sus deberes de legalización, en especial, el de estar afiliado a una Administradora de Riesgos Laborales con cobertura desde el inicio de ejecución del contrato hasta la fecha de terminación del mismo y el de acreditación de encontrarse al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, según corresponda, tal y como lo dispone el inciso 2° del artículo 41 de la Ley 80 de 1993 modificado por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Por lo anterior,

**ACUERDAN**

**PRIMERO:** Dar inicio a la ejecución del CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 No. 01577 - 2026 co1.pccntr.9257140 del 30/01/2026, firmado entre el **MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA**, con NIT No. 890.205.176-8 y **FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTISIMA SAMARITANA** identificado con Nit No.900225215-8, representada legalmente por SONIA HERNANDEZ BLANCO identificada con la cedula de ciudadanía No. 63.322.669 de Bucaramanga., cuyo objeto es AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR PROTECCIÓN Y BIENESTAR A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, CON LA METODOLOGÍA DE SISBEN IV ENTRE A1 A C18 O CARENTES DE RECURSOS ECONÓMICOS, ASÍ COMO BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A SUS NECESIDADES Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA, CONFORME A LAS LEYES 1276 Y 1315 DE 2009 - LOTE 3.

Para constancia de lo anterior se suscribe la presente Acta de inicio No. 01 por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Floridablanca - Santander, a los seis (06) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026),

**VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA**
**CARGO DEL SUPERVISOR**
**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**

**SONIA HERNANDEZ BLANCO**
**CC. NO. 63.322.669 de Bucaramanga.,**
**EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL**
**FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTISIMA SAMARITANA identificado con Nit No.900225215-8**
**CONTRATISTA**

***Proyectó:*** *Eduard Javier Pérez Olago - Abg. Contratación Sec. Desarrollo Social*

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ACTA No.** | 02 | **TIPO DE ACTO ADMINISTRATIVO O DOCUMENTO A MODIFICAR** | ACTA DE INICIO |
| **MODIFICACIÓN A** | NOMBRE DEL SUPERVISOR - FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO | | |

| **INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO** | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO** | 01577 - 2026 co1.pccntr.9257140 del 30/01/2026 | **TIPO DE CONTRATO** | CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 |
| **NOMBRE CONTRATISTA** | FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTISIMA SAMARITANA identificada con Nit No.900225215-8, representada legalmente por SONIA HERNANDEZ BLANCO identificada con la cedula de ciudadanía No. 63.322.669 de Bucaramanga. | | |

| **OBJETO DEL CONTRATO** | | | |
|---|---|---|---|
| *AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR PROTECCIÓN Y BIENESTAR A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, CON LA METODOLOGÍA DE SISBEN IV ENTRE A1 A C18 O CARENTES DE RECURSOS ECONÓMICOS, ASÍ COMO BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A SUS NECESIDADES Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA, CONFORME A LAS LEYES 1276 Y 1315 DE 2009 - LOTE 3.* | | | |
| **No. DE CDP** | 26-01085 | **FECHA DE EXPEDICIÓN CDP** | 14/01/2026 |
| **No. DE RP** | 26-01735 | **FECHA DE EXPEDICIÓN RP** | 06/02/2026 |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN** | MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR** | VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA | | |
| **CARGO DEL SUPERVISOR** | SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | | |
| **OFICINA GESTORA** | SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | | |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | EL PLAZO ESTIPULADO POR LA ENTIDAD PARA LA EJECUCIÓN ES DE SIETE (7) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO. | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | El valor del convenio lo integran los aportes en dinero por parte del Municipio de Floridablanca y los aportes en especie por parte del asociado.<br><br>Se entiende por aportes en especie bienes diferentes o no equivalentes al dinero.<br><br>El valor del convenio asciende a la suma de DOSCIENTOS VEINTISÉIS MILLONES NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS MCTE ($226.094.820), de los cuales, el Municipio de Floridablanca aporta en dinero la suma de DOSCIENTOS TRECE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL PESOS MCTE ($ 213.297.000), y el asociado aporta en especie un valor equivalente a DOCE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS MCTE ($12.797.820). En el valor del convenio se entienden incluidos los impuestos, tasas, contribuciones y erogaciones que se causen por su celebración, ejecución y liquidación. | | |
| **FECHA DE CONTRATO** | 30/01/2026 | | |
| **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO** | 06/02/2026 | | |
| **FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | 05/09/2026 | | |

| **PÓLIZA DE GARANTÍAS** (Si aplica) | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE DE LA ASEGURADORA** | **NÚMERO DE PÓLIZA** | **FECHA DE APROBACIÓN** |
| *COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.* | *PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No. B-100074844*<br>*PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL No. B-100020825* | 04/02/2026 |

En el municipio de Floridablanca, el ocho (08) de abril de dos mil veintiséis (2026), se reunieron **FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTISIMA SAMARITANA** identificado con Nit No.900225215-8, representada legalmente por SONIA HERNANDEZ BLANCO identificada con la cedula de ciudadanía No. 63.322.669 de Bucaramanga, quien para los efectos de este documento se llamará el **CONTRATISTA** y **VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA**, Secretaria de Desarrollo Social, actuando en calidad de supervisor del contrato, quien en adelante se denominará el **SUPERVISOR**, hemos convenido celebrar la presente **ACTA ACLARATORÍA** al ACTA

DE INICIO del CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 No. 01577 - 2026 co1.pccntr.9257140 del 30/01/2026, previas las siguientes:

**CONSIDERACIONES**

1. Que, el treinta (30) de enero de dos mil veintiséis (2026), se firmó entre el **MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA**, con NIT No. 890.205.176-8 y el **CONTRATISTA**, el CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 No. 01577 - 2026 co1.pccntr.9257140 del 30/01/2026, el cual se perfecciono en la hora y fecha en que se llevó a cabo la aprobación de las partes en el Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP II.

2. Que, entre el **JEFE OFICINA DE CONTRATACIÓN** del municipio de Floridablanca o quien haga sus veces y el **SUPERVISOR**, suscribieron DESIGNACIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO por medio de la cual se le designa la supervisión del CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 No. 01577 - 2026 co1.pccntr.9257140 del 30/01/2026

3. Que, teniendo en cuenta la información general del contrato y los documentos que lo conforman, el **SUPERVISOR del contrato** verificó el cabal cumplimiento de los presupuestos requeridos para su ejecución, conforme a lo estipulado en la cláusula vigésima segunda del Clausulado del contrato, en observancia de su función general de ejercer el control y vigilancia sobre la ejecución contractual del contrato vigilado. Por lo tanto, existen las apropiaciones presupuestales que garantizan su pago de acuerdo con el registro presupuestal previamente relacionado, así mismo, el **CONTRATISTA** cumplió con sus deberes de legalización, en especial, el de estar afiliado a una Administradora de Riesgos Laborales con cobertura desde el inicio de ejecución del contrato hasta la fecha de terminación del mismo y el de acreditación de encontrarse al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, según corresponda, tal y como lo dispone el inciso 2° del artículo 41 de la Ley 80 de 1993 modificado por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

4. Que, el día 06 de febrero de 2026 se firmó entre el **SUPERVISOR del contrato** y el **CONTRATISTA** Acta de inicio del CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 No. 01577 - 2026 co1.pccntr.9257140 del 30/01/2026

5. Que, por error involuntario de digitación en el **ACTA DE INICIO** se estipulo el Nombre del Supervisor; MARTHA YULEIMA AREVALO ACEVEDO **siendo lo correcto; VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA**

6. Que, por error involuntario de digitación en el **ACTA DE INICIO** se estipulo la FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO; 05/09/2025 **siendo lo correcto; 05/09/2026**

7. *Que, resulta pertinente traer a colación el marco legal que permite hacer salvedades a errores formales y sustentar la corrección de errores formales:*

   *La ley 1437 de 2011 señala:*

   *"Artículo 45. Corrección de errores formales. En cualquier tiempo, de oficio o a petición de parte, se podrán corregir los errores simplemente formales contenidos en los actos administrativos, ya sean aritméticos, de digitación, de transcripción o de omisión de palabras. En ningún caso la corrección dará lugar a cambios en el sentido material de la decisión, ni revivirá los términos legales para demandar el acto. Realizada la corrección, esta deberá ser notificada o comunicada a todos los interesados, según corresponda".*

   *El Decreto Ley 19 de 2012 señala:*

   *"ARTICULO 11. DE LOS ERRORES DE CITAS DE ORTOGRAFÍA DE MECANOGRAFÍA O DE ARITMÉTICA. Ninguna autoridad administrativa podrá devolver o rechazar solicitudes contenidas en formularios por errores de citas, de ortografía, de mecanografía, de aritmética o similares, salvo que la utilización del idioma o de los resultados aritméticos resulte relevante para definir el fondo del asunto de que se trate y exista duda sobre el querer del solicitante. Cualquier funcionario podrá corregir el error sin detener la actuación administrativa, procediendo en todo caso a comunicar por el medio más idóneo al interesado sobre la respectiva corrección".*

Por lo anterior,

**RESUELVE**

**PRIMERO:** Se **ACLARA** para todos los efectos que el **ACTA DE INICIO** del CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 No. 01577 - 2026 co1.pccntr.9257140 del 30/01/2026, el nombre del supervisor lo correcto es; **VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA**

**SEGUNDO:** Se **ACLARA** para todos los efectos que el **ACTA DE INICIO** del CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 No. 01577 - 2026 co1.pccntr.9257140 del 30/01/2026, la FECHA DE TERMINACION lo correcto es; **05/09/2026.**

**TERCERO:** Las demás cláusulas del ACTA DE INICIO del CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 No. 01577 - 2026 co1.pccntr.9257140 del 30/01/2026 y lo establecido en los documentos que forman parte integral del expediente de este contrato, continúan vigentes en cuanto no se opongan a lo establecido en esta Acta modificatoria y/o aclaratoria de acto administrativo.

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente Acta Aclaratoria No. 2 por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Floridablanca - Santander, el día ocho (08) de abril de dos mil veintiséis (2026)

**VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA**
**CARGO DEL SUPERVISOR**
**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**

**SONIA HERNANDEZ BLANCO**
**CC. NO. 63.322.669 de Bucaramanga.,**
**EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL**
**FUNDACIÓN HOGAR DE CARIDAD MARÍA SANTISIMA SAMARITANA identificado con Nit No.900225215-8**
**CONTRATISTA**

**Proyectó:** *Eduard Javier Pérez Olago – Abg. Contratación Sec. Desarrollo Social*