INFORME DE ACTIVIDADES

INFORME DE ACTIVIDADES No.	4 CUARTO	FECHA INFORME	20 OCTUBRE DE 2023

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

No. DEL CONTRATO Y FECHA	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1383 DE 2023
VALOR DEL CONTRATO	$ 1,260,056,897 (mil doscientos sesenta millones cincuenta y seis mil ochocientos noventa y siete pesos)
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE YOPAL
CONTRATISTA	CASA CLUB LOS CERROS
No. DE IDENTIFICACION	900884446-9
PLAZO DE EJECUCION	SEIS (06) MESES
SUPERVISOR	UDMAN DAIRO PUERTA CARVAJAL
FECHA DE INICIO	13 DE MAYO DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN	12 DE NOVIEMBRE DE 2023
PERIODO DEL INFORME	13 DE AGOSTO AL 12 DE SEPTIEMBRE DEL 2023
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE ABANDONO, VULNERABILIDAD Y/O SIN RED DE APOYO EN EL HOGAR DE BIENESTAR DEL MUNICIPIO DE YOPAL.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
Garantizar raciones preparadas en la modalidad de desayuno; servidas en sitio de lunes a domingo según la necesidad del adulto mayor y teniendo en cuenta si es adulto mayor dependiente o independiente. Garantizar raciones preparadas en la modalidad de almuerzo; servidas en sitio de lunes a domingo según la necesidad del adulto mayor y teniendo en cuenta si es adulto mayor dependiente o independiente. Garantizar raciones preparadas en la modalidad de almuerzo; servidas en sitio de lunes a domingo según la necesidad del adulto mayor y teniendo en	Se entregaron las raciones preparadas en las condiciones de higiene, calidad y oportunidad conforme la legalización sanitaria y la normatividad vigente: DECRETO 3075 DE 1997, Resolución 2674 del 2013,Decreto 3075 de 2013, Norma técnica sectorial colombiana nts- usna 0007,Ley 9 de 1979, Resolución 5109 de 2005, Decreto 1575 de 2007, Resolución 765 de 2010: Deroga a Res. 1090 de 1998 y 127 del 2001; directamente a cada una de las personas mayores. Se Ofrece rieron las raciones preparadas en el momento oportuno y en condiciones óptimas de sanidad y cumpliendo con las recomendaciones nutricionales de forma que promueva la alimentación balanceada y saludable; y las orientaciones dadas por el ministerio de salud y protección social frente a la pandemia CORONAVIRUS Covid-19. Se cumplió en los términos y plazos el objeto contractual; La nutricionista fue la responsable de la aplicación de guías y protocolos de manejo en el proceso de alimentación y de las buenas prácticas de manufactura de los alimentos del hogar.	-Formato de registro de limpieza y desinfección de cocina --ciclos de menú del 13 de junio al 12 de julio de 2023 -Manual de dietas -base de datos con tipo de dieta -Manual de Dietas -Acta de capacitación en resolución 2674 -consolidado de alimentación

Certificate No
LAT - 0969

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
cuenta si es adulto mayor dependiente o independiente. Garantizar raciones preparadas en la modalidad de refrigerio en la tarde; servidas en sitio de lunes a domingo según la necesidad del adulto mayor y teniendo en cuenta si es adulto mayor dependiente o independiente. Garantizar raciones preparadas en la modalidad de cena; servidas en sitio de lunes a domingo según la necesidad del adulto mayor y teniendo en cuenta si es adulto mayor dependiente o independiente. Analizar la minuta patrón y lista de intercambios dada por la entidad, determinar su competencia, recomendar los respectivos ajustes si a ello hubiera lugar, "sin que esto disminuya la calidad de la nutrición de la población objetivo", presentarlos ante la supervisión del contrato y adoptarlos para el cumplimiento del componente nutricional, previa a la aprobación por parte de la supervisión. La minuta a tener en cuenta se anexa el presente estudio previo. NOTA: El cálculo de raciones se realizó teniendo en cuenta días calendario y no días contables, con el propósito de no interrumpir la prestación del servicio.	Se presentaron los respectivos soportes de entrega de las raciones a los beneficios de acuerdo al formato dado por la entidad (Supervisión); en las que se deberá registrar firma o impresión dactilar (huella) correctamente de cada Persona Mayor previniendo las características propias de la población. Y registro fotográfico que evidencie el suministro de las raciones. Se contó con personas que certifiquen idoneidad en la manipulación de alimentos y entrega de los alimentos de acuerdo a las disposiciones sanitarias conforme al Decreto 539 de 2014, para lo cual el proponente debe al momento de presentar la oferta, demostrar que los manipuladores de alimentos están debidamente certificados por el SENA o entidades competentes. Se elaboró plan de saneamiento básico para el adecuado desarrollo del servicio. Se Cumplió con las porciones y gramajes indicados y demás especificaciones técnicas de carácter nutricional, de acuerdo con la minuta patrón y los ciclos de menús entregados por la Administración Municipal.	-Registro dactilar de entrega de raciones Registro fotográfico de entrega de raciones -historias clínicas -Jesús Aurelio Gallego Gallego -Irene Rodríguez - Luis Eduardo Vigués - Ramiro Tique - Carlos Julio Maldonado - María Alejandrina Cataño - Alirio de Jesús Piracon Camacho - Luis Basilio Soler Soler - Ana Cecilia Salcedo Niño
ANEXO 2. ATENCION PRIMARIA EN SALUD: Actividades de atención primaria para la promoción de estilo de vida saludable en pro de mejorar la calidad de vida de las personas mayores pertenecientes al pro de mejorar la calidad de vida de las personas mayores pertenecientes al programa. Garantizar acompañamiento y acciones de seguimiento de los adultos mayores, mediante	Se realizaron las Actividades de identificación, educación y acompañamiento periódico que propendan por la calidad de vida, promoción de la salud, estilos de vida saludable de la adulta mayor realizada por personal profesional en nutrición y dietética. Se realizó la Aplicación de guías y protocolos de manejo en el proceso de alimentación y de las buenas prácticas de manufactura de los alimentos del hogar. Se realizaron las solicitudes de cambio, modificaciones o ajustes a los ciclos de menú avalados para enviar a aprobación de la supervisión. Se implementaron los protocolos y procedimientos establecidos para el servicio de alimentos.	-informe de actividades de nutricionista detallado -Tipos de dieta manejadas en el hogar -soporte de charlas educativas y acompañamiento al personal de cocina -Acta relacionada con el apoyo nutricional capacitación en resolución 2674 de 2013 -Acta de capacitación en implementación de protocolos -Acta de capacitación en formas de preparación y elaboración

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	EJECUCION (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	EVIDENCIAS (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
profesionales idóneos que cuenten con la experiencia requerida. ANEXO 2. ATENCION PRIMARIA EN SALUD: Actividades de atención primaria para la promoción de estilo de vida saludable en pro de mejorar la calidad de vida de las personas mayores pertenecientes al pro de mejorar la calidad de vida de las personas mayores pertenecientes al programa. Garantizar acompañamiento y acciones de seguimiento de los adultos mayores, mediante profesionales idóneos que cuenten con la experiencia requerida.	Se orientaron sobre las formas de preparación y elaboración de alimentos que componen las minutas determinando la cantidad nutricional y la tolerancia digestiva. Se analizó la minuta patrón y lista de intercambios dada por la entidad, determinar su competencia, recomendar los respectivos ajustes si a ello hubiere lugar, "sin que esto disminuya la calidad de la nutrición de la población objetivo", presentarlos ante la supervisión y/o interventoría del contrato y adoptarlos para el cumplimiento del componente nutricional, previa aprobación por parte de la supervisión y/o interventoría. 7Se ajusto e implemento el manual de instrucciones de alimentación según el nivel de dependencia e independencia de cada usuario. 8-Asegurar que se cumpla con la ingesta necesaria, a nivel proteico, calórico y de micronutrientes que garanticen buenas condiciones y hábitos saludables a los adultos mayores beneficiarios, de acuerdo a la minuta patrón y a los ciclos de las minutas programados y vigilar las dietas de los adultos mayores diabéticos e hipertensos. 9-se realizó (01) Valoración nutricional mensual-personalizada durante la ejecución contractual para los 42 beneficiarios de Ración preparada. (Realizada por un profesional en nutrición y dietética). 10- se realizaron Las demás actividades que derivadas de su perfil sean necesarias para lograr el cumplimiento de los objetos del programa.	Acta de seguimiento a la minuta establecida y valoraciones realizadas a partir del análisis ya anexadas previamente -Listado de dietas ordenado por la nutricionista para cada usuario - Dietas manejadas en el hogar los cerros -Derivación de dietas manejadas en el adulto mayor - Base de datos beneficiarios atendidos en nutrición con el tipo de dieta -Valoraciones nutricionales a los adultos mayores -Registro Fotográfica. -Valoración con registro de peso y talla e imc - Informe de estado nutricional de los adultos mayores atendidos y registro fotográfico -Registro huellas de asistencia a valoración.
PSICÓLOGA: Profesión: Título profesional de PSICOLOGÍA. Experiencia general: Dos (02) años, contados desde la fecha de autorización para el ejercicio de su profesión y hasta e cierre de este proceso de selección.	1- se realizó Valoración integral de la capacidad funcional, condición psicoactiva social e historia de vida; de cada uno de los adultos mayores beneficiarios. 2- Realizar un expediente autónomo por cada adulto mayor para lograr llevar un seguimiento, este expediente debe ser retroalimentado. 3- se Elaboró de un plan integral y seguimiento para cada uno de los adultos mayores beneficiarios. 4-se Realizaron formatos de registro de ejecución y seguimiento del plan de atención integral para cada uno de los adultos mayores beneficiarios. 5- se realizó y apoyo de manera interdisciplinaria la construcción socialización e implementación de reglamento interno y manual de buen trato de conformidad con lo establecido en la resolución 055 de 2018. 6-se revisó e implemento plan de capacitación en derechos y deberes del adulto mayor con el personal colaborador del centro del adulto mayor. 7- se Orientó sobre la solución pacífica de los conflictos a través de una cultura de diálogo y de concertación con actividades lúdico pedagógicas dirigidos a los adultos mayores (una vez a la semana). 8-se Realizó mesa de trabajo con personal profesional y asistencial para evaluar el seguimiento de casos que requieran intervención individualizada con los adultos mayores beneficiarios del centro vida. 9-se Gestionaron actividades de integración social con	1-Un informe técnico mensual de las actividades realizadas, describiendo hallazgos, seguimiento y resultados y avances porcentuales del proceso de caracterización, relacionando los soportes con sus respectivas planillas y/o reportes de la información a la base de datos. 2-Entrega de base de datos de los beneficiarios atendidos que contenga como mínimo: nombre y apellido, documento de identidad, procedimiento realizado, fechas de atención mensual y observaciones con su respectivo formato de seguimiento por cada uno de los adultos mayores. 3-Planillas atención (actividades grupales) de los beneficiarios según formatos de la Administración Municipal. 4-Manual de convivencia Residentes casa club los cerros

Certificate No
LAT - 0969

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
	entidades e instituciones municipales (públicas y privadas). 10- se Creó la ruta de atención integral para los adultos mayores para establecer las acciones que deben ser desarrolladas por las instancias y actores que adelantan estrategias y garantizan el bienestar y calidad de vida de los adultos mayores del centro para el adulto mayor. 11- se Elaboraron y socializaron con el talento humano del centro para adulto mayor, el directorio interinstitucional que cuente con teléfonos, direcciones, y líneas de atención sobre COVID-19. 12- se realizó seguimiento y mediar situaciones de violencia física, verbal, psicológica, sexual que se presenten en el centro vida. 13- se informó (01) una vez a la semana a los adultos mayores sobre las medidas preventivas que ha tomado al Gobierno Colombiano frente al COVID-19, evitando la saturación de información y fomentando actitud positiva hacia la prevención, contención y mitigación del coronavirus covid-19 en los adultos mayores en el centro de promoción y protección social. 14-se Realizó un informe final que presente resultados, avances, logros y dificultades ilustrado a partir de graficas o tablas que den cuenta de la información relevante, presentando conclusiones y recomendaciones para el municipio acerca de la importancia de brindar atención integral a la población adulta mayor en estado de vulnerabilidad, abandono o extrema pobreza con el fin de mejor calidad de vida. 15- se Realizó plan y cronograma de trabajo con anticipación, para aprobación por parte de la supervisión. 16- se Realizó la elaboración de los informes técnicos parciales consolidados y del informe final consolidado. 17- se Realizó las actividades de estimulación cognitiva, según valoración inicial y plan integral de atención. 18- se Realizó las actividades de lectura compresiva, según valoración inicial y plan integral de atención. 19- se Realizó las actividades de ejercicios matemáticos básicos según valoración inicial y plan integral de atención. 20- se Realizó de manera grupal actividades recreativas de colorear, juegos de mesa, ejecutar actividades de interacción social y capacitaciones sobre el duelo. 21- se Realizaron Las actividades que derivadas de su perfil sean necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos del programa. 22- Implementar el protocolo de visitas a las familias de los usuarios que tengan grupo familiar.	5-Actas y registros de asistencia de procesos de implementación de planes de capacitación y protocolos. 6-Registro fotográfico de cada una de las actividades ejecutadas. 7-Cronograma de Actividades.
TERAPEUTA FÍSICA: Profesión: Título profesional en TERAPIA FÍSICA. Experiencia general: Tres (03) años, contados desde la fecha de autorización para el ejercicio de su profesión y hasta el cierre de este proceso de selección.	1-se Realizó seguimiento para cada uno de los adultos mayores beneficiarios. 2- se Realizó las con el equipo inter disciplinar un plan de atención integral para cada uno de los adultos mayores beneficiarios. 3- l se Realizó en un plan de manejo individual por cada adulto mayor en el centro vida. 4- se Realizó en un reporte de seguimiento mensual de acompañamiento individual	1- Un informe técnico mensual de las actividades realizadas, describiendo hallazgos, seguimiento, resultados avances porcentuales del proceso

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
Experiencia específica: Un (01) años, en la presentación de servicios profesionales en programas dirigidos a población adultos mayores. Dedicación: 90% Requisitos adicionales: formación presencial o virtual en temas relacionados con Atención integral al adulto mayor de mínimo 160 horas.	por cada adulta mayor. 5- se Realizó las dos (2) sesiones semanales de Talleres Físicos mediante hidroterapia para el desarrollo de las capacidades físicas y funcionales y facilitar la interacción en grupo y la comunicación interpersonal, con enfoque fisioterapéutico a los adultos mayores beneficiarios que asisten al centro día. 6- se Realizó las dos (2) actividades semanales de relajación, ejercicios de estiramiento de miembros superiores inferiores y tronco, ejercicios cardiovasculares y fortalecimiento del área pélvica, músculos, articulaciones y sistema óseo. 7- se Realizaron los Ajustes e implementaron los protocolos de prevención de lesiones, manuales y planes de emergencia y contingencia, principalmente las adscritas al área de fisioterapia y demás servicios de su incidencia. 8- Elaborar planes de trabajo mensuales para el desarrollo de actividades grupales recreativas que fortalezcan el cumplimiento de los planes de intervención individual y socializarlos a los cuidadores. 9-Elaborar planes de trabajo mensuales para el desarrollo de las actividades culturales recreativas que fortalezcan el cumplimiento de los planes de intervención individual y socializarlos a los cuidadores. 10- se Realizaron los planes de trabajo mensuales para el desarrollo de actividades de interacción social que fortalezcan el cumplimiento de los planes de intervención individual y socializarlos a los cuidadores. 11- se Realizó Las demás actividades que derivadas de su perfil sean necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos del programa.	de caracterización, relacionando los soportes con sus respectivas planillas y/o reportes de la información a la base de datos, con formato de seguimiento por cada uno de los adultos mayores. 2- Realizar cronograma y seguimiento de las actividades las actividades lúdico recreativas de los adultos mayores. 3-Entrega de base de datos de los beneficiarios atendidos que contenga como mínimo: nombre y apellido, documento de identidad, procedimiento realizado, y fechas de atención mensual y observaciones. 4-Planillas atención (actividades grupales) de los beneficiarios según formatos de la Administración Municipal. 5-Registro fotográfico de cada una de las actividades ejecutadas con soportes documentales a color y valoración inicial. 6-Protocolo de caídas.
JEFE DE ENFERMERIA: Profesión: Título profesional de enfermería. Experiencia general: Mayor a un (1) año, contados desde la fecha de autorización para el ejercicio de su profesión y hasta el cierre del presente proceso de selección. Experiencia Especifica: seis (6) meses en la prestación de servicios de Atención a Adultos Mayores. Dedicación: 100% Requisitos adicionales: Formación presencial o virtual en temas relacionados con Atención integral al adulto mayor de mínimo 160 horas.	1- se Realizó la Valoración integral de la capacidad funcional, condición física de cada uno de los adultos mayores. 2-Elaboración de un plan integral para cada uno de los adultos mayores, durante el primer mes de ingreso. 3- se Realizaron los formatos de registro de ejecución, seguimiento y evaluación del plan de atención integral de cada uno de los adultos mayores por el servicio de enfermería al final del periodo contractual. 4- se Realizó cronograma de actividades de orientación realizadas por los auxiliares de enfermería dirigidas a los adultos mayores, con el fin de promover hábitos de higiene y estilos de vida saludable, realizando educación en temas como: Higiene y aseo corporal, Salud oral, Autocuidado, Manejo asertivo de la enfermedad. Conservación de la salud, Recomendaciones sobre el uso de medicamentos dirigidas a los adultos mayores en este cronograma se debe establecer días de orientación, tema a tratar y a cargo de que auxiliar estará el tema del día. 5- se Realizaron las actividades de educación en temas: auto cuidado e higiene personal de los adultos mayores, mediante un (1) taller semanal realizado por los auxiliares de enfermería; dirigidas a los adultos mayores. 6- se	1- Un informe técnico mensual de las actividades realizadas, describiendo hallazgos, seguimiento y resultados, relacionando los soportes con sus respectivas planillas con formato de Valoración por cada persona mayor. 2- Diseñar una base de datos de seguimiento de los beneficiarios atendidos la cual contendrá como mínimo: nombre y apellido, documento de identidad, procedimiento realizado y fechas de atención mensual y observaciones esta deberá ser alimentada de manera mensual, será entregada como soporte y para la liquidación se entregará base de datos consolidada. Guardada en medio

Certificate No
LAT - 0969

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
	Realizaron las acciones requeridas para el acceso oportuno a los servicios de salud, uso de estos servicios, canales de información, presentación de servicios solicitados, realizando gestión de medicamentos y citas médicas generales de especialista que se requieran. 7- se Realizó la Supervisión de la administración de medicamentos a de los adultos mayores, que cuentan con tratamientos médicos, evitando la auto medicación y promoviendo la adherencia al tratamiento de los adultos mayores. 8- se Realizó inspección de las características de los medicamentos y dispositivos médicos , así como fechas de vencimiento, registro INVIMA ,lote y embalaje entre otras. 9- se Realizó Manejo de kardex mensual de medicamentos para de los adultos mayores, diligenciando los documentos pertinentes. 10- se Realizó el Manejo de notas de enfermería y supervisión de las notas de enfermería de los auxiliares, relacionadas con de los adultos mayores. 11- se Realizó la entrega de turno, la descripción completa del estado general de los adultos mayores los procedimientos a los que debe ser sometido con acompañamiento de la auxiliar de enfermería. 12- se Realizó el reporte de eventos adversos que se presenten con de los adultos mayores, informando a la coordinación y a la supervisión del contrato, se presentará el plan de mejora. 13- Elaboráramos protocolos, manuales y planes de emergencia y continencia por COVID-19. 14- se Capacito al personal auxiliar de enfermería en los protocolos de atención de la infección por SARS-CoV-2 (COVID19), así como en las medidas para evitar su trasmisión, de acuerdo con los lineamientos, material y acciones de formación continua dispuestas por el MSPS. 15-se revisó, ajuste e implementación de los protocolos de procedimientos para fallecimiento de usuarios. 16- se revisó, ajuste e implementación de los protocolos enfermedades infecto contagiosas de medicina y remisión a urgencias. 17- se revisó plan y cronograma de trabajo con anticipación, para aprobación por parte de la coordinación. 18- se revisó la elaboración de los informes técnicos parciales consolidados y del informe final consolidado. 19- se realizaron las demás actividades que derivadas de su perfil sean necesarias para lograr el cumplimiento to de los objetivos del programa.	magnético. 3- Formato registro de seguimiento del plan de atención. 4- Registro fotográfico de todas y cada una de las actividades ejecutadas. 5-Registro fotográfico de cada una de las actividades ejecutadas con soportes documentales a color y valoración inicial. 6-Protocolo de caídas..
COORDINADOR: Profesión: Título profesional en administración de empresas, áreas de la salud y/o contaduría. Experiencia general: Mayor o igual a tres (03) años, contados desde la fecha de autorización para el ejercicio de	1. se realizó la acción administrativa del centro de promoción y protección social, acatando como mínimo las disposiciones establecidas en la normatividad vigente y en especial la Resolución No. 055 de 2018,	1. Un informe técnico mensual de las actividades realizadas, describiendo hallazgos, seguimiento y resultados, desde los diversos componentes de atención a los adultos mayores. 2. Entrega de base de datos de los beneficiarios atendidos que

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
su profesión y hasta el cierre del presente proceso de selección. Experiencia específica: Igual y mayor a un (01) año en la prestación de servicios relacionados con las actividades. Dedicación: 100% Requisitos adicionales: formación presencial o virtual en temas relacionados con Atención integral al adulto mayor de mínimo 160 horas.	expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social; o las normas que le llegasen a modificar y/o complementar. 2. se realizó la formulación y/o actualización si a ello hubiere lugar, de los manuales de procesos y procedimientos, misionales, estratégicos y de soporte del centro de promoción y protección social. 3. se realizó con la Alcaldía Municipal de Yopal la articulación de la oferta de servicios institucionales dirigidos a la población adulta mayor disponible en el Municipio para ser desarrollados en el centro de promoción y protección social. 4. se realizó y elaboro informe de gestión técnico, administrativo y financiero con los respectivos soportes que demuestren avance y ejecución contractual. 5. se realizó un adecuado manejo y gestión de las comunicaciones y correspondencia que se genere en el desarrollo de la ejecución del contrato. 6. se realizó estrategias de comunicación oportuna y efectiva, por escrito con profesionales, técnicos y personal vinculado al programa; de igual forma con los beneficiarios y familias con el fin de dar cumplimiento al proyecto manual de convivencia y evidenciar por escrito el respectivo seguimiento a los casos que se llegaren a presentar. 7. se realizó seguimiento y verificar cada una de las actividades a desarrollar por cada uno de los profesionales, técnicos y personal vinculado al programa, teniendo en cuenta las estrategias empleadas y evidenciar mensualmente el seguimiento realizado. 8. se realizó oportunamente a la supervisión y/ o interventoría toda novedad que se presente en desarrollo de la ejecución contractual. 9. se realizó el uso adecuado de los bienes entregados mediante inventarios del centro de promoción y protección social. 10. se realizón las actividades que derivadas de su perfil sean necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos del programa. 11. se realizó plan y cronograma de trabajo del contrato con anticipación, para aprobación por parte de la interventoría y/o supervisión	contenga como mínimo: nombre y apellido, documento de identidad, beneficio recibido, observaciones y/o hallazgos. 3. Actas y registros de asistencia de procesos de implementación de planes de capacitación y/o actividades. 4. Registro fotográfico de todas y cada una de las actividades ejecutadas. 5. Presentar por anticipado cronograma de actividades.

INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
AUXILIARES DE ENFERMERIA Profesión: Título de TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y/O TÉCNICO LABORAL EN ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR. Experiencia general: Seis (6) meses, contados desde la fecha de autorización para el ejercicio de su profesión y hasta el cierre del presente proceso de selección. Experiencia específica: tres (03) meses en la prestación de servicios de Atención a Adultos Mayores. Dedicación: 100% Requisitos adicionales: formación presencial o virtual en temas relacionados con Atención integral al adulto mayor de mínimo 160 horas.	1. se realizaron acciones de atención con enfoque integral de salud, en cooperación con el equipo interdisciplinario, articulando procesos y procedimientos de atención primaria. 2. se realizó acompañamiento en el trámite de servicios de medicina general, medicamentos y medicina especializada de los adultos mayores. 3. se realizó la atención de enfermería con eficiencia, eficacia, calidad y oportunidad siguiendo los protocolos e indicaciones dadas por profesional a cargo de acuerdo al cronograma de turnos, garantizando la seguridad de las personas mayores. 4. se realizó el servicio en primeros auxilios en el tiempo que permanezcan las Personas Mayores y en caso de urgencia, se realizarán las acciones pertinentes atendiendo las disposiciones contenidas en los lineamientos de atención que para estos casos disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. 5. se realizó la administración de medicamentos, cerciorándose de la toma de estos, así mismo aplicaran enemas de limpieza, salvo en casos que requieran de atención priorizada dando cumplimiento de las normas de bioseguridad. 6. se realizó que las historias integrales de cada una de las Personas Mayores contengan formatos de Seguimiento, valoraciones por equipo interdisciplinario, historia clínica y Registro de acuerdo a la ley de archivo vigente. 7.se Tomaron signos vitales al inicio de cada semana a las personas mayores internas y externas que lo requieran, así mismo tomar los signos vitales diarios a las personas mayores que presenten prescripción, médica y toma de medicamentos relacionados a hipertensión; dejar evidencia en el registro de seguimiento de atención en los formatos correspondientes. 8. se Realizaron acciones educativas para incentivar al cumplimiento de las medidas de auto cuidado en el marco de contagio COVID-19 dispuesta en la guía: Orientaciones de medidas preventivas y de mitigación para contener la infección respiratoria aguda por COVID – 19, Esta actividad se realizo una (1) vez por semana, con una intensidad mínimo de veinte (20) minutos cada una. 9. Ofrecer y apoyar a las personas adultos mayores dependientes en el proceso de alimentación (beneficiarios de la ración preparada). 10. se realizó cuidados a personas mayores, con problemas de salud en situación crítica o de alto riesgo, en el ámbito individual y colectivo cumplimiento a las normas de bioseguridad. 11. Implementar y reforzar medidas de higiene, desinfección y atender el protocolo de lavado de manos y medidas preventivas como uso de guantes y mascarilla quirúrgica en la provisión de higiene personal,	1. Un informe técnico mensual de las actividades realizadas, describiendo hallazgos, seguimiento y resultados, relacionando los soportes con sus respectivas planillas. 2. Entrega de base de datos de los beneficiarios atendidos que contenga como mínimo: nombre y apellido, documento de identidad, procedimiento realizado, fechas de atención mensual y observaciones. 3. Soporte de las planillas atención de los beneficiarios. 4. Entrega de notas de enfermería con seguimiento diario, Formato kardex con y Formato de toma de signos vitales por cada adulto mayor. 5. Registro fotográfico de todas y cada una de las actividades ejecutadas. 6. Presentar por anticipado cronograma de actividades

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
	cambios posturales, entre otros apoyos. 12 se. Apoyo a la revisión, ajuste e implementación de los protocolos de procedimientos para fallecimiento de usuarios. 13. se Apoyó a la revisión, ajuste e implementación del plan de emergencia desastres y seguridad. 14.se Apoyo a la revisión, ajuste e implementación del procedimiento por perdida o accidente de usuarios. 15. se Apoyó a la revisión, ajuste e implementación de los protocolos enfermedades infecto contagiosas de medicina y remisión a urgencias. 16. Apoyo a la revisión, ajuste e implementación del protocolo de seguimiento a riesgos y eventos adversos. 17. se Realizaron toma de registro de soportes físicos y digitales de actividades generales realizadas dentro del centro del adulto mayor. 18. se realizaron Las demás actividades que derivadas de su perfil sean necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos del programa. 19. se Trasladó a los usuarios y acompañantes al servicio médico requerido y traslados de emergencia entradas y salidas de hospitalización. 20. se realizó Apoyo y realizar acompañamiento en el trámite de servicios de medicina general, medicamentos y medicina especializada de los adultos mayores, que impliquen el traslado de los mismos a lugares externos al centro de bienestar.	
INSTRUCTOR EN MANUALIDADES A TODO COSTO: Profesión: Título. TÉCNICO O INSTRUCTOR EN MANUALIDADES Y/O RECREACIONISTA. Experiencia general: Un (01) año, Experiencia específica: Un (01) año como capacitador y/o docente y/o instructor. Dedicación: 100%	. 1. se realizaron actividades de acompañamiento y promoción de las habilidades cognitivas mediante el desarrollo de actividades manuales de los adultos mayores según su nivel de dependencia. 2. Contaron con los elementos necesarios para llevar a cabo los talleres y/o jornadas creativas, esto es materiales necesarios. 3. se realizaron actividades productivas que propendan por el mejoramiento de la calidad de vida con un grupo mínimo de 15 a 20 adultos mayores. 4. se Implementó una feria de exposición bimensual promoviendo la confluencia de actores institucionales y actores de base comunitaria. 5. se realizaron plan de trabajo que dé cuenta del número de productos mensuales a entregar de acuerdo con el nivel de capacidades de los adultos mayores. (Incluye materiales para el desarrollo de las manualidades). 6. se realizó cronograma y seguimiento de las actividades desarrolladas con los adultos mayores.	1. Cronograma de las actividades desarrolladas con los adultos mayores 2. Un informe mensual de las actividades realizadas relacionando los soportes. 3. Planillas de asistencia y/o reportes de la información a la base de datos 4. Registro fotográfico de cada una de las actividades desarrolladas.

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
AUXILIARES DE SERVICIOS GENERALES: Experiencia general: Mayor a un (1) año. Dedicación: Su dedicación será del 100% por cada auxiliar durante la ejecución del contrato.	1. se realizaron las tareas conjuntas de limpieza e higiene de los muebles y enseres, equipos y similares destinados para el uso y la atención de los adultos mayores beneficiarios. 2. se realizaron labores de limpieza a los espacios físicos, locación y demás espacios para la atención integral de los adultos mayores. 3. se realizó la limpieza de los pasillos y demás áreas comunes de circulación diaria y cada vez que se evidencie suciedad aplicando los lineamientos establecidos en el programa de limpieza y desinfección. 4. se Clasifico de los desechos empacando desechos orgánicos, papeles y materiales sólidos y/o vegetales en bolsas separadas que se produzcan. 5. se realizaron actividades de limpieza a las prendas de vestir, ropa de cama y aseo general de las habitaciones de los adultos mayores. 6. se realizaron las medidas que se le indiquen en plan de saneamiento básico del hogar donde residan los adultos mayores. 7. se realizaron los protocolos de bioseguridad establecidos para prevenir COVID-19. 8 se realizaron las implementaciones de los diferentes protocolos llevados a cabo en el centro del adulto mayor. 9. Las demás actividades asignadas por el Supervisor, que se deriven de la naturaleza del presente contrato, y garanticen su cabal y oportuno cumplimiento 10. Las demás actividades que derivadas de su perfil sean necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos del programa.	1. Un informe mensual de las actividades realizadas, describiendo hallazgos, seguimiento y resultados, relacionando los soportes con sus respectivas planillas. 2. Planillas de servicios prestados a los beneficiarios atendidos que contenga como mínimo: nombre y apellido, documento de identidad, procedimiento realizado y observaciones. 3. Registro fotográfico de todas y cada una de las actividades ejecutadas.
Característica del servicio. El vehículo que prestara el servicio debe ser: • Vehículo tipo camioneta pick-up, de mínimo cinco (05) puestos, de mínimo 2000 CC, servicio especial y con matrícula nacional. • Modelo igual o superior al año 2018. • Equipo de carreteras según lo dispuesto en el artículo 30 de la Ley 769 de 2002. • SOAT vigente.	El vehículo automotor requerido para que preste el servicio al Municipio de Yopal deber tener presente lo siguiente: • Disponibilidad los 7 días de la semana durante las 24 horas del día • Deberá encontrarse en perfectas condiciones de mantenimiento, conservación y funcionamiento (mecánico y físico), • Suficiente provisión de combustible. • Mantener los vehículos en óptimas condiciones de seguridad, comodidad e higiene. • Contar con los seguros obligatorios de accidente de tránsito (SOAT) vigentes. • Contar con las pólizas de responsabilidad, civil contractual y extracontractual. • Contar con la tarjeta de operación vigente y demás garantías y documentos exigidos por las autoridades de tránsito para su legal movilización dentro del territorio nacional. El servicio se prestará para el traslado de usuarios y acompañantes al servicio médico requerido por citas médicas, traslados de emergencia entradas y salidas de hospitalización y el desplazamiento para ingreso de nuevos beneficiarios al hogar.	1-Documentos transporte 2-documentos legales del vehículos 3- Planillas de traslados soportados por los documentos de cada cita médica, 4- registro fotográfico.

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
3.1 COMPONENTE ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL POR PERSONAL, LOS CUALES DEBERAN KIT DE ASEO:	Se ingresó a almacén los siguientes insumos 1. Una (1) crema dental con fluor 60ml. 2. Dos (02) Rollos de papel Higiénico doble hoja por persona. 3. Dos (02) jabones en barra por persona. 4. Un (1) Cepillo de dientes por el término del presente se deberán entregar dos por persona. 5. Un (1) desodorante 20 gramos. 6. Un (1) shampoo de mínimo 220 ml. 7. Un (1) talco para los pies de mínimo 60 gramos. 8. Dos (02) presto barbas por persona. 9. Una (1) crema hidratante 120 ML Nota: El cepillo de dientes se entregará una unidad (01) trimestralmente.	1-Planilla de kit de aseo 2-Registro fotográfico
KIT DE PAÑAL:	1. Ciento cincuenta (150) Pañales desechables para adulto. 2. Dos (02) paquetes de Pañitos Húmedos por ochenta (80) unidades. 3. Una (1) caja de Guantes de Látex por Cien (100) unidades. 4. Una (1) crema antiescaras de mínimo 400 gramos. 5. Una (01) caja de tapabocas por 50 unidades. Nota: • Cada adulto mayor consume cinco (05) pañales desechables diarios. • La crema antiescaras de mínimo 400 gramos se entregará una cada dos (02) meses durante el objeto contractual.	1-Planilla de cambio de pañal 2-Registro fotográfico 3-acta de ingreso a almacén
KIT DE PRENDAS DEPORTIVAS:	Este KIT estará conformado por prendas de vestir tipo deportivas para adultos mayores compuesta por: Ø Hombre: Una (01) camiseta tipo polo marcada con los logos institucionales de acción social y alcaldía municipal de Yopal, un (01) pantalón de sudadera antifluido (los colores serán concretados con la supervisión), un (01) par de calzado tipo tenis en material sintético o lona, dos (02) pares de medias en algodón acorde a las tallas que requiera el adulto mayor, dos (02) prendas de ropa interior. Ø Mujer: Una (01) camiseta tipo polo marcada con los logos institucionales de acción social y alcaldía municipal de Yopal, un (01) pantalón de sudadera antifluido (los colores serán concretados con la supervisión), un (01) par de calzado tipo tenis en material sintético o lona, dos (02) pares de medias en algodón acorde a las tallas que requiera el adulto mayor, dos (02) conjuntos de ropa interior conformada por brasier y panty. Nota: Se entregará un (01) Kit cada tres (03) meses durante el plazo del objeto contractual.	no hubo entrega en este periodo
KIT DE PRENDAS PARA DORMIR:	Este KIT estará conformado por prendas de vestir tipo deportivas para adultos mayores compuesta por: Ø Hombre: Una (01) camiseta tipo polo marcada con los logos institucionales de acción social y alcaldía municipal de Yopal, un (01) pantalón de sudadera antifluido (los colores serán concretados con la	no hubo entrega en este periodo

Certificate No
LAT - 0969

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
	supervisión), un (01) par de calzado tipo tenis en material sintético o lona, dos (02) pares de medias en algodón acorde a las tallas que requiera el adulto mayor, dos (02) prendas de ropa interior. Ø Mujer: Una (01) camiseta tipo polo marcada con los logos institucionales de acción social y alcaldía municipal de Yopal, un (01) pantalón de sudadera antifluido (los colores serán concretados con la supervisión), un (01) par de calzado tipo tenis en material sintético o lona, dos (02) pares de medias en algodón acorde a las tallas que requiera el adulto mayor, dos (02) conjuntos de ropa interior conformada por brasier y panty. Nota: Se entregará un (01) Kit cada tres (03) meses durante el plazo del objeto contractual.	
KIT DE PRENDAS VESTIR PARA CALLE :	Este KIT estará conformado por prendas de vestir tipo deportivas para adultos mayores compuesta por: Ø Hombre: Una (01) camiseta tipo polo marcada con los logos institucionales de acción social y alcaldía municipal de Yopal, un (01) pantalón de sudadera antifluido (los colores serán concretados con la supervisión), un (01) par de calzado tipo tenis en material sintético o lona, dos (02) pares de medias en algodón acorde a las tallas que requiera el adulto mayor, dos (02) prendas de ropa interior. Ø Mujer: Una (01) camiseta tipo polo marcada con los logos institucionales de acción social y alcaldía municipal de Yopal, un (01) pantalón de sudadera antifluido (los colores serán concretados con la supervisión), un (01) par de calzado tipo tenis en material sintético o lona, dos (02) pares de medias en algodón acorde a las tallas que requiera el adulto mayor, dos (02) conjuntos de ropa interior conformada por brasier y panty. Nota: Se entregará un (01) Kit cada tres (03) meses durante el plazo del objeto contractual.	no hubo entrega en este periodo
ASEO Y LAVANDERIA.	Se cumplió con los siguientes requisitos 1. Químicos de aseo para áreas comunes. 2. Productos de aseo para ropa de cama y ropa de adulto mayor como (jabón en polvo, jabón en barra, suavizante, hipoclorito, removedor de manchas en ropa) 3. Utensilios de aseo como (escobas, recogedor, trapero, limpiones de tela o papel, guantes para hacer aseo, jabón líquido de platos, desinfectante de mesas, esponjas, cepillos de piso y de ropa, delantales, baldes, bolsas de basura, canecas de basura, eliminador de olores, limpia vidrios). 4. Electrodomésticos de aseo (lavadora, espacio de secado, plancha) El área de lavandería debe estar dotada de instalaciones sanitarias e hidráulicas adecuadas para el lavado y planchado de ropa, las paredes y pisos deben estar adaptadas para su fácil aseo. adicionalmente debe contar con todos los electrodomésticos y elementos pertinentes para lograr el cumplimiento de este ítem.	1-Se evidencia en el ítem 2.8.

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
5. COMPONENTE ALOJAMIENTO: Con capacidad de cuarenta y dos (42) cupos, en el cual se realizará la prestación Alojamiento de los adultos mayores, un solo bien inmueble ubicado en el área urbana o rural (de ser rural debe estar en un perímetro de máximo 12 kilómetros del casco urbano del municipio de Yopal) del servicio a los adultos mayores, el inmueble deberá contar con los siguientes requisitos:	Se cumplió con los siguientes requisitos ÁREA Área general de 5400 mts2. Área construida de construida de mínimo 2100 mts2. El área debe contar con áreas comunes como estar o solario, espacio libre para desarrollar actividades, habitaciones, área de servicios generales, cocina, comedor, baños comunes, área de lavandería, zonas verdes. HABITACIONES. Amplias habitaciones de un solo piso con capacidad máxima de 2 a 3 camas, aptas para usuarios con movilidad reducida, camas que incluyan colchoneta anti escaras, sabanas, cobija, almohada, plástico protector del colchones, toallas, closet independiente y ventilación adecuada. Se debe tener en cuenta que si el adulto mayor por temas de salud requiere cama especial debe contarse con la respectiva. 1. Comprende el alojamiento y estadía las 24 horas del día, de los adultos mayores tanto dependiente como independiente, en habitación compartida con cama individual y ropa de cama. El valor unitario estimado corresponde al valor de la mensualidad del hospedaje por cada adulto mayor. 2. Habitaciones de 2 a 3 camas por habitación Equipadas con closets o lockers, mesa de noche que garantice distanciamiento entre camas y contemplen los protocolos de distancia y acondicionamiento entre ellas, Camas individuales por adulto, que incluya colchonetas anti escaras y forros anti fluidos, sábanas, cobijas, almohada, Equipo de aire acondicionado o en su defecto ventilador. 3. Garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. 4. Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento. 5. Contar con tanques de almacenamiento de agua, que garantiza 24 horas de servicio; y su construcción permite que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua. HOSPEJADE 6. Área para el uso técnico de los elementos de aseo. 7. Los baños deben tener los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos o disponen de un ambiente específico para este proceso. 8. Si tiene escaleras o rampas, éstas son de material antideslizante en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados, que se prolongan antes del inicio y al final.	1-Registro fotográfico con especificaciones

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
	9. Las puertas de acceso a los cuartos que albergan usuarios con silla de ruedas permiten un fácil paso y giro de sillas de ruedas. 10. Contar con mecanismos de protección contra lesiones y evita condiciones del ambiente u objetos que puedan producir autolesiones en las personas mayores, lo que incluye: Los cables de instalación eléctrica no están en lugares de paso. 11. Deben contar con buena iluminación y temperatura agradable. 12. Las toma corrientes deben ser suficientes para evitar extensiones y los que no se encuentren en uso contaran con protectores en caso de que haya residentes con déficit cognitivo. 13. Los pasamanos son de material resistente a la humedad y no conductor de electricidad. 14. Los muebles están dispuestos para que no dificulten el paso; en la medida de lo posible deben tener bordes redondeados, ser estables y resistentes y las sillas preferiblemente con brazos para facilitar el ponerse de pie. 15. Los pisos de los baños son de material antideslizante o cuentan con elementos como tapetes antideslizantes. 16. Los tapetes cuentan con mecanismos seguros para fijarlos al piso. 17. Procurar que los elementos para la alimentación sean difícilmente rompibles. 18. Cuenta con planes para emergencias, desastres, seguridad e incendios. 19. Cuenta con procesos para la seguridad de los residentes, que incluyan registros de las entradas y salidas de cada uno de ellos y sobre la responsabilidad de custodia.	
AUTORIZACIONES, PERMISOS Y LICENCIAS REQUERIDOS PARA LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL.	Contamos con permiso de funcionamiento El inmueble en el que se prestará el servicio de alojamiento deberá contar con autorización de funcionamiento emitida por la entidad competente o soporte de trámite de la misma de acuerdo a los términos de ley y/o acreditación (certificación) de que se encuentra en trámite y su porcentaje de inspección técnica es superior al 85% para la prestación del servicio..	Se anexa licencia de funcionamiento
COCINA	Se cumplió con los siguientes requisitos 1. Debe contar con un área totalmente equipada la cual debe cumplir con todas las normas de higiene para la preparación de los alimentos de los usuarios y de las personas encargadas de su cuidado. 2. Estufa, lavaplatos, vajillas, área de almacenamiento de alimentos perecederos y no perecederos. 3. Batería de cocina. 4. Utensilios de casa aptos para lograr la adecuada prestación del servicio de alimentación servido en mesa. 5. Manejo de desechos. 6. Almacenamiento y disposición de alimentos	1-Registro fotográfico
COMEDOR	Se cumplió con los siguientes requisitos	1-Registro fotográfico

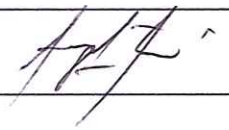
Certificate No
LAT - 0969

ACTIVIDAD No. (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
	1. Comedores adecuados para la alimentación de los adultos mayores y para los adultos mayores discapacitados debe contar con acceso en silla de ruedas. 2. Debe contar con flujo de ventilación adecuado. 3. Mobiliario adecuado para la estancia de los adultos mayores durante proceso de alimentación y/o descanso. 4. Área para lavado de manos y baños.	
ZONAS AL AIRE LIBRE	Se cumplió con los siguientes requisitos 1. Áreas al aire libre donde los adultos mayores puedan disfrutar de un ambiente natural, conversar, intercambiar ideas, realizar actividades lúdicas recreativas en terapias grupales y/o descaso. 2. Zonas verdes donde los adultos mayores puedan interactuar con la naturaleza.	1-Registro fotográfico
SALA DE TERAPIAS	Se cumplió con los siguientes requisitos Debe ser un salón amplio dotado con los elementos indispensable para la realización de terapia, fisio terapia y donde podrán realizarse actividades sociales, culturales y educativas, debe ser un espacio cerrado (50 mts como mínimo) para desarrollo de actividades físicas, lúdicas, recreativas y de socialización, dotada con mínimo una batería de baños.	1-Registro fotográfico
URGENCIAS VITALES	Se cumplió con los siguientes requisitos Este recurso únicamente se utilizó en el acompañamiento de auxiliares a los adultos mayores hospitalizados como se evidencia en la historia clínica y en el consolidado de urgencias vitales Recurso extraordinario implementado en caso de necesidad inminente por circunstancias que no puedan ser previsibles como emergencias médicas, traslados prioritarios, elementos médicos que se requieran de manera urgente y que no puedan esperar el trámite de reclamación por sistema de seguridad social en salud, traslados y acompañamiento en hospitales y/o clínicas y fuera del municipio de Yopal y acompañamiento por parte de auxiliar de enfermería a abuelos internados en instalaciones hospitalaria.	Se adjunta relación de los servicios que se prestaron de acompañamiento en hospitalización soportados con las historias clínicas de los adultos mayores. Y planilla de consolidado

ACREDITACIÓN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL			
Tipo de aporte	**Planilla N°**	**Mes al que corresponde el aporte**	**Valor Pagado**
SALUD			
PENSION			
ARL			

INFORME DE ACTIVIDADES

DECLARACIÓN : Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

OBSERVACIONES Y/O ANEXOS	
CASA CLUB LOS CERROS SAS **Nombre Contratista R/L: ANGELA TOBO SAAVEDRA** **Identificación: 1032.389.364**	**Firma:** 

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

UDMAN DAIRO PUERTA CARVAJAL identificado con la cédula de ciudadanía No.71.756.292, actuando en mi calidad de supervisor del Contrato descrito al inicio del presente documento, certifico que, de acuerdo con las obligaciones pactadas en el contrato, el contratista ha cumplido con la ejecución de cada una de las actividades del contrato, tal y como se describe en el presente informe.

Así mismo certifico que el contratista se encuentra al día con los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de conformidad con la normatividad que rige la materia, tal y como se acredita en los soportes de liquidación de planilla y pago que se anexan para realizar el pago del acta parcial, No. [2] del contrato, los cuales han sido verificados por el suscrito.

Por lo tanto, se solicita a la Secretaria de Hacienda hacer el pago correspondiente al contratista.

Nota: Este campo aplica siempre y cuando exista un contrato de apoyo a la supervisión, de lo contrario no diligenciar	**FIRMA** 
NOMBRE:	**NOMBRE:** UDMAN DAIRO PUERTA CARVAJAL
CARGO:	**CARGO: LIDER PROGRAMA DE ADULTO MAYOR**
APOYO A LA SUPERVISIÓN	**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

CASA CLUB
LOS CERROS

INFORMACIÓN GENERAL

CASA CLUB LOS CERROS
NIT 900884446-9
Kilometro 3 Via Sirivana
Tel: 3232273227
Responsable de Iva

Factura electrónica de Venta: FE 490
Fecha: 2023-10-27

CUFE:
a0a1ec48bc171850f4a5d56303caccbe6af3f11aa868d882f5a46d41029fe009b794afe1bb9b55858352b8dfcb081b17

Nit Cliente: 891855017 ***Nombre Cliente:*** MUNICIPIO DE YOPAL

Direccion Cliente: DIAGONAL 15 # 15-21 ***Telefono Cliente:*** 3114432754 ***Email Cliente:*** gesocial@yopal-casanare.gov.co

Descripción:PRESTACION DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE ABANDONO, VULNERABILIDAD Y/O SIN RED DE APOYO EN EL HOGAR DE BIENESTAR DEL MUNICIPIO DE YOPAL.

Descripcion de conceptos

Cantidad	*Concepto*	*Valor AIva*	*Iva %*	*Valor Total*
1	COMPONENTE KIT DE ASEO PERSONAL, KIT ADICIONAL DEPENDIENTE, SERVICIO DE ASEO Y HOSPEJADE	53,266,206.00	19.00	63,386,785.00
1	COMPONENTE NUTRICIONAL, SERVICIOS PROFESIONALES, TÉCNICOS Y TRASLADO	131,151,320.00	0.00	131,151,320.00
SubTotal				**184,417,526.00**
Valor Iva				**10,120,579.40**
Anticipo				**0**
Valor Total				**194,538,106.00**

Resolucion DIAN 18764044793661 Fecha: 2023-02-21 del prefijo FE 412 al 1000 Habilita

Esta factura de venta es un titulo valor y por lo tanto se asimila en sus efectos a una letra de cambio. Art. 774 del código de comercio colombiano.

Generado Por: e-Factura Cadena SA. Nit 890930534-0

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
NIT 900884446	9	CASA CLUB LOS CERROS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CASA CLUB LOS CERROS	CARRERA 26 18 - 69	YOPAL-CASANARE	6322728	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-09	175834899	9495432929	E	2023/09/12	2023/09/22	NEQUI	10	$1,577,900

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
1	CC	1032389364	TOBO SAAVEDRA ANGELA	25-14	30	$5,000,000	$850,000	EPS005	30	$5,000,000	$300,000	CCF69	30	$5,000,000	$200,000	14-23	30	$5,000,000	$36,100	30	$0	$0
2	CC	80221477	TOBO SAAVEDRA JUAN DIEGO	231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF69	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$8,100	30	$0	$0
Total Afiliados(2)						$6,160,000	$1,035,600			$6,160,000	$246,400			$6,160,000	$246,400			$6,160,000	$32,200		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$1,035,600	$11,500	$0	$1,047,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$185,600	$2,100	$0	$187,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$850,000	$9,400	$0	$859,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$32,200	$400	$0	$32,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	2	$32,200	$400	$0	$32,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$246,400	$2,700	$0	$249,100
COMFACASANARE	CCF69	844,003,392	8	2	$246,400	$2,700	$0	$249,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$246,400	$2,700	$0	$249,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$246,400	$2,700	$0	$249,100
TOTAL				2	$1,560,600	$17,300	$0	$1,577,900

2023/10/19 04:08 PM

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
NIT 900884446	9	CASA CLUB LOS CERROS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CASA CLUB LOS CERROS	CARRERA 26 18 - 69	YOPAL-CASANARE	6322728	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-08	9454087616	9454087616	E	2023/08/11	2023/09/13	BANCO DE BOGOTA	33	$1,618,300

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	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1032389364	TOBO SAAVEDRA ANGELA	25-14	30	$5,000,000	$850,000	EPS005	30	$5,000,000	$200,000	CCF69	30	$5,000,000	$200,000	14-23	30	$5,000,000	$26,100	30	$0	$0
2	CC	80721477	TOBO SAAVEDRA JUAN DIEGO	231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF69	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$6,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(2)**					$6,160,000	$1,035,600			$6,160,000	$246,400			$6,160,000	$246,400			$6,160,000	$32,200		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$1,035,600	$38,300	$0	$1,073,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$185,600	$6,900	$0	$192,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$850,000	$31,400	$0	$881,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$32,200	$1,200	$0	$33,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	2	$32,200	$1,200	$0	$33,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$246,400	$9,100	$0	$255,500
COMFACASANARE	CCF69	844,003,392	8	2	$246,400	$9,100	$0	$255,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$246,400	$9,100	$0	$255,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$246,400	$9,100	$0	$255,500
TOTAL				2	$1,560,600	$57,700	$0	$1,618,300

2023/10/19 04:06 PM

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
MUNICIPIO DE YOPAL
ALCALDÍA MUNICIPAL
891855017-7

N° 1192.64.1.2023 127

Fecha Entrada 14 de agosto de 2023

ENTRADAS A ALMACÉN

Consecutivo:	23 127	Dependencia:	ALCALDIA	Oficina:	01010201 BODEGA ALMACEN
Tipo Entrada:	ENTRADA DE BODEGA	Clase:	BIENES DE CONSUMO		
Proveedor:	CASA CLUB LOS CERROS SAS			NIT:	900884446
C/Costo:	ALCALDIA HDA	No. Factura:	ACTA DE ENTREGA 03 DE 2	Soporte:	N/A
No. Contrato	1001.84.1383-2023-	Mejoras:	NO	R.P.	23 2031
Tipo Contrato:	04				
Responsable:	UDMAN DAIRO PUERTA CARVAJAL				
Observación:	PRESTACION DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE ABANDONO, VULNERABILIDAD Y/O SIN RED DE APOYO EN EL HOGAR DE BIENESTAR DEL MUNICIPIO DE YOPAL. CONTRATO 1383 DE 2023 - PARCIAL 03.				

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTO	U/MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
01.14.92.0157	Crema dental con fluor con 60 ml, con calcio, sabor original	UNIDAD	42	$ 5.474,00	$ 36.708,00	$ 229.908,00
01.14.92.0158	Rollos de papel higienico doble hoja	UNIDAD	84	$ 3.094,00	$ 41.496,00	$ 259.896,00
01.14.92.0159	Jabones en barra	UNIDAD	84	$ 4.165,00	$ 55.860,00	$ 349.860,00
01.14.92.0161	Desodorante 20 gramos	UNIDAD	42	$ 9.103,50	$ 61.047,00	$ 382.347,00
01.14.92.0162	Shampoo 190 A 220 ml	UNIDAD	42	$ 15.232,00	$ 102.144,00	$ 639.744,00
01.14.92.0164	Presto barbas	UNIDAD	84	$ 3.332,00	$ 44.688,00	$ 279.888,00
01.14.92.0166	Pañales desechables para adulto	UNIDAD	3750	$ 5.890,50	$ 3.526.875,00	$ 22.089.375,00
01.14.92.0167	Paquetes de pañitos humedos, por ochenta (80) unidades	UNIDAD	79	$ 15.446,20	$ 194.829,80	$ 1.220.249,80
01.14.92.0168	Cajas de guantes de Latex, por cien (100) unidades	UNIDAD	30	$ 57.120,00	$ 273.600,00	$ 1.713.600,00
01.14.92.0170	Caja de tapabocas, por cincuenta (50) unidades	UNIDAD	28	$ 40.840,80	$ 182.582,40	$ 1.143.542,40
01.14.92.0177	Gorro quirurgico Bioseguridad forma oruga paquete x 50 Unds	UNIDAD	25	$ 32.844,00	$ 131.100,00	$ 821.100,00
01.14.92.0498	Talco para los pies de mínimo 60gramos	UNIDAD	42	$ 7.378,00	$ 49.476,00	$ 309.876,00
01.14.92.0499	crema hidrantante 120ml	UNIDAD	42	$ 19.159,00	$ 128.478,00	$ 804.678,00
01.14.92.0500	Crema anty escara por 400gr	UNIDAD	1	$ 98.389,20	$ 15.709,20	$ 98.389,20
				Total:	**$ 4.844.593,40**	**$ 30.342.453,40**

CUENTA CONTABLE	NOMBRE DE LA CUENTA	C/COSTO	TERCERO	DÉBITO	CRÉDITO
1.5.14.90.90	Materiales Y Suministros	ALCALDI	CASA CLUB LOS CERROS SAS	$ 30.342.453,40	$ 0,00
2.4.01.01.01	Bienes y servicios	ALCALDI	CASA CLUB LOS CERROS SAS	$ 0,00	$ 30.342.453,40
			Total:	**$ 30.342.453,40**	**$ 30.342.453,40**

MIREYA FERNANDEZ FERNANDEZ
ALMACENISTA GENERAL

UDMAN DAIRO PUERTA CARVAJAL
QUIEN RECIBE
01010201 BODEGA ALMACEN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
MUNICIPIO DE YOPAL
ALCALDÍA MUNICIPAL
891855017-7

Consecutivo:	23 127	Dependencia:	ALCALDIA	Oficina:	01010201 BODEGA ALMACEN
Tipo Entrada:	ENTRADA DE BODEGA	Clase:	BIENES DE CONSUMO		
Proveedor:	CASA CLUB LOS CERROS SAS			NIT:	900884446
C/Costo:	ALCALDIA HDA	No. Factura:	ACTA DE ENTREGA 03 DE 2	Soporte:	N/A
No. Contrato	1001.84.1383-2023-	Mejoras:	NO	R.P.	23 2031
Tipo Contrato:	04				
Responsable:	UDMAN DAIRO PUERTA CARVAJAL				
Observación:	PRESTACION DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE ABANDONO, VULNERABILIDAD Y/O SIN RED DE APOYO EN EL HOGAR DE BIENESTAR DEL MUNICIPIO DE YOPAL. CONTRATO 1383 DE 2023 - PARCIAL 03.				

ELABORO: Wilson Geovanny Sabogal Peña

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
MUNICIPIO DE YOPAL
ALCALDÍA MUNICIPAL
891.855.017-7

N° 1192.64.2.2023 987

Fecha: 14 de agosto de 2023

SALIDAS DE ALMACÉN

Entrada:	23 127	Dependencia:	ALCALDIA	Oficina:	01010201 BODEGA ALMACEN
Tipo Entrada:	ENTRADA DE BODEGA	Clase:	BIENES DE CONSUMO		
Proveedor:	CASA CLUB LOS CERROS SAS			NIT:	900884446
C/Costo:	ALCALDIA HDA	No. Factura:	ACTA DE ENTREGA 03 DE 2023	Soporte:	N/A
No. Contrato	1001.84.1383-2023-	Mejoras:	NO	R.P.	23 2031
Tipo Contrato:	LICITACION PUBLICA				
Responsable:	UDMAN DAIRO PUERTA CARVAJAL				
Observación:	PRESTACION DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE ABANDONO, VULNERABILIDAD Y/O SIN RED DE APOYO EN EL HOGAR DE BIENESTAR DEL MUNICIPIO DE YOPAL. CONTRATO 1383 DE 2023 - PARCIAL 03.				

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
01.14.92.0157	Crema dental con fluor con 60 ml, con calcio, sabor original	42	$ 5.474,00	$ 36.708,00	$ 229.908,00
01.14.92.0158	Rollos de papel higienico doble hoja	84	$ 3.094,00	$ 41.496,00	$ 259.896,00
01.14.92.0159	Jabones en barra	84	$ 4.165,00	$ 55.860,00	$ 349.860,00
01.14.92.0161	Desodorante 20 gramos	42	$ 9.103,50	$ 61.047,00	$ 382.347,00
01.14.92.0162	Shampoo 190 A 220 ml	42	$ 15.232,00	$ 102.144,00	$ 639.744,00
01.14.92.0164	Presto barbas	84	$ 3.332,00	$ 44.688,00	$ 279.888,00
01.14.92.0166	Pañales desechables para adulto	3750	$ 5.890,50	$ 3.526.875,00	$ 22.089.375,00
01.14.92.0167	Paquetes de pañitos humedos, por ochenta (80) unidades	79	$ 15.446,20	$ 194.829,80	$ 1.220.249,80
01.14.92.0168	Cajas de guantes de Latex, por cien (100) unidades	30	$ 57.120,00	$ 273.600,00	$ 1.713.600,00
01.14.92.0170	Caja de tapabocas, por cincuenta (50) unidades	28	$ 40.840,80	$ 182.582,40	$ 1.143.542,40
01.14.92.0177	Gorro quirurgico Bioseguridad forma oruga paquete x 50 Unds	25	$ 32.844,00	$ 131.100,00	$ 821.100,00
01.14.92.0498	Talco para los pies de mínimo 60gramos	42	$ 7.378,00	$ 49.476,00	$ 309.876,00
01.14.92.0499	crema hidrantante 120ml	42	$ 19.159,00	$ 128.478,00	$ 804.678,00
01.14.92.0500	Crema anty escara por 400gr	1	$ 98.389,20	$ 15.709,20	$ 98.389,20
				Total:	**$ 30.342.453,40**

CUENTA CONTABLE	NOMBRE DE LA CUENTA	C/COSTO	TERCERO	DÉBITO	CRÉDITO
5.5.07.06.05	Sec Desarrollo Social	ALCALDI	CASA CLUB LOS CERROS SAS	$ 30.342.453,40	$ 0,00
1.5.14.90.90	Materiales Y Suministros	ALCALDI	CASA CLUB LOS CERROS SAS	$ 0,00	$ 30.342.453,40
			Total:	**$ 30.342.453,40**	**$ 30.342.453,40**

MIREYA FERNANDEZ FERNANDEZ
ALMACENISTA GENERAL

UDMAN DAIRO PUERTA CARVAJAL
01011111 PROGRAMA ADULTO MAYOR
QUIEN RECIBE

ELABORO: Wilson Geovanny Sabogal Peña

CUARTO INFORME FINANCIERO

FECHA	27/10/2023
CONTRATO DE SERVICIOS No. 1383 de 2023	PERIODO COMPRENDIDO ENTRE DEL 13 AGOSTO AL 12 DE SEPTIEMBRE 2023
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE ABANDONO, VULNERABILIDAD Y/O SIN RED DE APOYO EN EL HOGAR DE BIENESTAR DEL MUNICIPIO DE YOPAL.
CONTRATISTA	CASA CLUB LOS CERROS SAS
NIT No.	900444886-9
REPRESENTANTE LEGAL CC	ANGELA TOBO SAAVEDRA
C.C No.	1032389364
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 1,260,056,897
VALOR DEL ANTICIPO (30%)	$ 378,017,069
VALOR PRIMER INFORME	$ 200,316,586
VALOR SEGUNDO INFORME	$ 164,170,445
VALOR TERCER INFORME	$ 181,955,763
VALOR CUARTO INFORME	$ 194,538,106
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA	$ 131,535,261
SALDO	$ 519,076,007
PLAZO DE EJECUCIÓN	SEIS (6) MESES

	SERVICIOS CONTRATADOS						INFORME N 4							
ITEM	CODIGO UNSPSC	COMPONENTE	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	CANT	VALOR UNITARIO	IVA	TOTAL EJECUTADO	VALOR A AMORTIZAR	VALOR A PAGAR	VALOR POR EJECUTAR	VALOR POR AMORTIZAR
1	90101603	NUTRICIONAL	Desayuno preparación y suministro diario a todo costo de desayuno para 42 adultos mayores dependientes e independientes.	UNIDAD	7560	$ 11,300	1218	$ 11,300	-	$ 13,763,400	$ 4,271,400	$ 9,492,000	$ 31,945,100.00	$ 8,542,800.00
2	90101603		Almuerzo preparación y suministro diario a todo costo de desayuno para 42 adultos mayores dependientes e independientes.	UNIDAD	7560	$ 12,500	1216	$ 12,500	-	$ 15,200,000	$ 4,725,000	$ 10,475,000	$ 35,350,000.00	$ 9,450,000.00
3	90101603		Cena preparación y suministro diario a todo costo de desayuno para 42 adultos mayores dependientes e independientes.	UNIDAD	7560	$ 11,000	1217	$ 11,000	-	$ 13,387,000	$ 4,158,000	$ 9,229,000	$ 31,097,000.00	$ 8,316,000.00
4	90101603		Onces mañana y tarde (refrigerio) para 42 adultos mayores dependientes e independientes	UNIDAD	15120	$ 6,780	2433	$ 6,780	-	$ 16,495,740	$ 5,125,680	$ 11,370,060	$ 38,334,120.00	$ 10,251,360.00
5	90101603	PROFESIONALES Y TECNICOS	Acompañamiento nutricional para 42 adultos mayores independientes y dependientes, realizado por una (1) profesional en nutrición por mes.	PERSONA	6	$ 2,086,000	1	$ 2,086,000	-	$ 2,086,000	$ 625,800	$ 1,460,200	$ 4,172,000.00	$ 1,251,600.00
6	90101603		Actividades de acompañamiento e identificación de la situación psicosocial, psicoafectiva para 42 adultos mayores independientes y dependientes, realizado por una (1) profesional en psicología por mes.	PERSONA	6	$ 3,632,935	1	$ 3,632,935	-	$ 3,632,935	$ 1,089,881	$ 2,543,055	$ 7,265,875.00	$ 2,179,761.00
7	90101603		Actividades de acompañamiento y promoción de las habilidades físicas y de interacción socia encaminadas para 42 adultos mayores independientes y dependientes, realizado por una (1) profesional en fisioterapia por mes.	PERSONA	6	$ 3,632,935	1	$ 3,632,935	-	$ 3,632,935	$ 1,089,881	$ 2,543,055	$ 7,265,875.00	$ 2,179,761.00
8	90101603		Actividades de identificación de condiciones de salud y fortalecimiento de condiciones que propendan por la calidad de vida y la promoción de la salud el autocuidado del cuerpo para 42 adultos mayores independientes y dependientes, realizado por una (1) profesional en jefe de enfermería por mes.	PERSONA	6	$ 3,632,935	1	$ 3,632,935	-	$ 3,632,935	$ 1,089,881	$ 2,543,055	$ 7,265,875.00	$ 2,179,761.00

9	85151601	SERVICIOS PERSONAL PRC	Coordinación de instalaciones y servicios proporcionados en el hogar de bienestar para 42 adultos mayores independientes y dependientes. realizado por una (1) profesional en administración y/o contaduría por mes.	PERSONA	6	$ 3,632,935	1	$ 3,632,935	-	$ 3,632,935	$ 1,089,881	$ 2,543,055	$ 7,265,875.00	$ 2,179,761.00
10	85121608		Servicios de auxiliares de enfermería para cuidado permanente durante 24 horas para 42 adultos mayores independientes y dependientes. realizado por diez (10) TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y/O TÉCNICO LABORAL EN ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR por mes.	MES	60	$ 2,928,744	10	$ 2,928,744	-	$ 29,287,440	$ 8,786,232	$ 20,501,208	$ 58,574,880.00	$ 17,572,464.00
11	85101601		Actividades de acompañamiento y promoción de las habilidades cognitivas y/o productivas. que propendan al mejoramiento de calidad de vida de 42 adultos mayores independientes y dependientes, realizado por un (1) instructor de manualidades y/o recreacionista por mes.	PERSONA	6	$ 1,800,000	1	$ 1,800,000	-	$ 1,800,000	$ 540,000	$ 1,260,000	$ 3,600,000.00	$ 1,080,000.00
12	80111600		Actividades de higiene y sanidad para 42 adultos mayores independientes y dependientes realizado por ocho (8) personas de servicios generales por mes.	PERSONA	48	$ 2,200,000	8	$ 2,200,000	-	$ 17,600,000	$ 5,280,000	$ 12,320,000	$ 35,200,000.00	$ 10,560,000.00
13	85122101	TRASLADO	Traslado de usuarios y acompañantes al servicio médico requerido y traslados de emergencias entradas y salidas de hospitalización	MES	6	$ 7,000,000	1	$ 7,000,000	-	$ 7,000,000	$ 2,100,000	$ 4,900,000	$ 21,000,000.00	$ 6,300,000.00
14	85101601	KIT DE ASEO PERSONAL	Crema dental con flúor con 60ml, con calcio, sabor original	UNIDAD	252	$ 4,600	42	$ 5,474.00	$ 36,708	$ 229,908.00	$ 68,972	$ 160,936	$ 689,724.00	$ 137,944.80
15	20102301		Rollos de papel higiénico doble hoja	UNIDAD	504	$ 2,600	84	$ 3,094.00	$ 41,496.00	$ 259,896.00	$ 77,969	$ 181,927	$ 761,124.00	$ 155,937.60
16	80111600		Jabones en barra	UNIDAD	504	$ 3,500	84	$ 4,165.00	$ 55,860.00	$ 349,860.00	$ 104,958	$ 244,902	$ 1,049,580.00	$ 209,916.00
17	80111600		Cepillo de dientes, 3 entregas	UNIDAD	84	$ 3,100		-	-	$ -	$ 15,494	-$ 15,494	$ 154,938.00	$ 46,481.40
18	53131502		Desodorante 20 gr	UNIDAD	252	$ 7,650	42	9,103.50	$ 61,047	$ 382,347.00	$ 114,704	$ 267,643	$ 1,147,041.00	$ 229,408.20
19	14111704		Shampoo de mínimo 190 ml	UNIDAD	252	$ 12,800	42	15,232.00	$ 102,144	$ 639,744.00	$ 191,923	$ 447,821	$ 1,919,232.00	$ 383,846.40
20	53131608		Talco para los pies de mínimo 60gramos	UNIDAD	252	$ 6,200	42	7,378.00	$ 49,476	$ 309,876.00	$ 92,963	$ 216,913	$ 929,628.00	$ 185,925.60
21	53131503		Prestobarbas	UNIDAD	504	$ 2,500	84	3,332.00	$ 44,688	$ 279,888.00	$ 83,966	$ 195,922	$ 839,664.00	$ 167,932.80
22	53131606		Una (1) crema hidratante 120ml	UNIDAD	252	$ 16,100	42	19,159.00	$ 126,478	$ 804,678.00	$ 241,403	$ 563,275	$ 2,414,034.00	$ 482,806.80
23	53131602	KIT ADICIONAL DEPENDIENTES	Pañales desechables para adulto	UNIDAD	22500	$ 4,950	3750	5,890.50	$ 3,526,875	$ 22,089,375.00	$ 6,626,813	$ 15,462,563	$ 68,918,850.00	$ 13,253,625.00
24	53131614		Paquetes de pañitos humedos, por ochenta (80) unidades	PAQUETE	450	$ 12,980	79	15,446.20	$ 194,830	$ 1,220,249.80	$ 347,540	$ 872,710	$ 3,892,442.40	$ 695,079.00
25	53131603		Cajas de guantes de latex, por cien (100) unidades	CAJA	300	$ 48,000	30	57,120.00	$ 273,600	$ 1,713,600.00	$ 856,800	$ 856,800	$ 11,309,760.00	$ 1,713,600.00
26	53131613		Crema anty escara por 400gr	UNIDAD	75	$ 82,680	1	98,389.20	$ 15,709	$ 98,389.20	$ 368,960	-$ 270,570	$ 4,821,070.80	$ 1,106,878.50
27	53102306		Caja de tapabocas, por cincuenta (50) unidades	CAJA	150	$ 34,320	28	40,840.80	$ 182,582	$ 1,143,542.40	$ 306,306	$ 837,236	$ 3,063,060.00	$ 612,612.00
28	53131624		Gorro quirurgico bioseguridad forma oruga paquete x 50 unds	PAQUETE	150	$ 27,600	25	32,844.00	$ 131,100	$ 821,100.00	$ 246,330	$ 574,770	$ 3,284,399.81	$ 738,990.00
29	42132201	KIT VESTUARIO	KIT DE PRENDAS DEPORTIVAS PARA ADULTOS MAYORES	KIT	84	$ 210,000	0		$ -		$ -	$ -	$ 20,991,599.62	$ 6,297,480.00
30	53131613		KIT DE PRENDAS PARA DORMIR PARA ADULTOS MAYORES	KIT	84	$ 125,000	0		$ -	$ -	$ -	$ -	$ 12,494,999.62	$ 3,748,500.00
31	42131605		KIT DE PRENDAS DE VESTIR PARA CALLE PARA ADULTOS MAYORES	KIT	84	$ 259,800	0			$ -	$ -	$ -	$ 25,969,607.62	$ 7,790,882.40
32	42131611	ASEO	SERVICIO DE ASEO Y LAVANDERIA para adultos independientes como dependientes en un total de 40 adultos	MES	6	$ 3,900,000	1	3,900,000.00	$ 741,000	$ 4,641,000	$ 1,392,300	$ 3,248,700	$ 9,282,000.00	$ 2,784,600.00
33	91111703	URGENCIAS	URGENCIAS VITALES: Recurso extraordinario implementado en caso de necesidad inminente por circunstancias que no puedan ser previsibles como emergencias médicas y traslados prioritarios.	MONTO	1	$ 8,000,000	0	0	$ -	$ -		$ -	-$ 0.00	$ 1,600,000.00
34	91111703	HOSPEDAJE	HOSPEDAJE: Alojamiento y estadía las 24 horas del día en habitación compartida con cama individual y ropa de cama, para 42 adultos independientes e dependientes.	MES	6	$ 23,868,347	1	$ 23,868,347	$ 4,534,986	$ 28,403,333	$ 11,893,811	$ 16,509,522	$ 56,806,664.84	$ 1,619,973.24
									10,120,579.40	$ 194,538,106	$ 63,002,845	$ 131,535,260.50		$ 126,005,687.74

Firma

Proponente CASA CLUB LOS CERROS SAS

Nit 900.884.446-9

R/L Angela Tobo Saavedra

C.C. No. 1.032.389.364 de Bogotá D.C

FIRMA

UDMAN DAIRO PUERTA

GERENTE DEL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR

MUNICIPIO DE YOPAL

SUPERVISOR DEL CONTRATO

VALOR EJECUTADO	$ 194,538,106
VALOR A AMORTIZAR	$ 63,002,845
VALOR DEL IVA	10,120,579.40
VALOR TOTAL A PAGAR	$ 131,535,261

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO
ELIDA PATRICIA RINCON
TP:179382-T

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL
ANGELA TOBO SAAVEDRA
CC: 1.032.389.364

Con el fin de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el art 50 de la ley 789 de diciembre de 2002, bajo gravedad de juramento:

CERTIFICAN:

Que, CASA CLUB LOS CERROS S.A.S con Nit 900.884.446-9 ha dado cumplimiento oportuno y completo del mes de Agosto y Septiembre de 2023 comprendidos en este periodo, con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto al sistema de seguridad social cuando a ello habido lugar, en cuanto a salud, pensiones, riesgos laborales y cuando ha sido el caso con los aportes al servicio nacional de aprendizaje, instituto colombiano de bienestar familiar y cajas de compensación familiar.

Se expide esta certificación a los 27 días del mes de Octubre de 2023.

Cordialmente,

ELIDA PATRICIA RINCON
TP: 179382-T
CONTADOR PÚBLICO

ANGELA TOBO SAAVEDRA
CC: 1.032.389.364
REPRESENTANTE LEGAL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5D76D26E1294813 1

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 **ELIDA PATRICIA RINCON RINCON** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1118542892 de YOPAL (CASANARE) Y Tarjeta Profesional No 179382-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 3 días del mes de Octubre de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

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

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

179382-T



ELIDA PATRICIA
RINCON RINCON
C.C. 1118542892
RESOLUCION INSCRIPCION 299
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DE SAN GIL

FECHA 04/07/2013

PRESIDENTE

LUIS EDUARDO FORERO VARGAS

190738

107978

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 comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideqs.com



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.118.542.892

RINCON RINCON

APELLIDOS

ELIDA PATRICIA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1989

FLORESTA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

07-FEB-2008 YOPAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4600100-00324578-F-1118542892-20110819 0027790015A 1 1791436860

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14940741848

(415)7707212489984(8020) 000001494074184 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 8 8 4 4 4 6	9	Impuestos y Aduanas de Yopal 4 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
CASA CLUB LOS CERROS S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Yopal 0 0 1

41. Dirección principal
KM 3 VIA SIRIVANA FCA EL DIAMANTE

42. Correo electrónico casaclubloscerros@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 7 3 0	2 0 1 5 0 9 0 1	5 5 1 1	2 0 2 1 0 1 0 1	5 6 1 1	5 6 3 0		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 1 4 1 6 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Obligados aduaneros

54. Código

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 2023 - 08 - 24 / 16 : 21: 44

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre TOBO SAAVEDRA ANGELA
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO