# Municipio de Palmira

**NIT 8913800073**

**Estado Acta = VIGENTE**

## ACTA DE RECIBO PARCIAL No. 4815

LILIANA YANETH VASQUEZ MARTINEZ INTERVENTOR DE CONVENIO Nro. 1423

## CERTIFICA(N) QUE:

El contratista CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA con identificaciòn 800107454 ha cumplido a satisfacción con los compromisos y obligaciones acordadas y con las obligaciones parafiscales, salud, pensión y riesgos profesionales derivados CONVENIO en referencia.

**De acuerdo CONVENIO se establece que:**

**Fecha de firma** 25/05/2023

**Fecha de iniciación**

**Duración** 30 de Octubre de 2023

**Nro. Fra. Doc Eq.**

| | |
|---|---|
| **Valor orden de gasto** | 154.766.727 |
| **Pagos efectuados** | 0 |
| **Valor acta** | 25.794.454,00 |
| **Saldo pendiente** | 128.972.273,00 |
| **Valor Anticipo** | 0 |
| **Valor Amortizaciones** | |

**BIENES Y SERVICIOS RECIBIDOS MEDIANTE LA PRESENTE ACTA**

PAGO

| Item | Descripción Detalle Contrato | Valor | Iva |
|---|---|---|---|
| 1 | CONTRIBUÍR AL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ESTADÍA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÒN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO DEL CENTRO DE BIENESTAR CASA DEL MENDIGO | 25.794.454,00 | 0,00 |
| **Total:** | | **25.794.454,00** | **0,00** |

**Total recibido** 25.794.454,00

**- Amortización de anticipo**

**25.794.454,00**

**Valor** Veinticinco Millones Setecientos Noventa Y Cuatro Mil Cuatrocientos Cincuenta Y Cuatro Pesos M/Cte.

Para constancia se firma en Palmira el: 16/06/2023

FIRMADO

CENTRO DE BIENESTAR CASA DEL MENDIGO

02460117162408-2125887-001707905

FIRMADO

LILIANA JANETH VASQUEZ MARTINEZ

02460117163343-2125887-001707960

| | |
|---|---|
| DEPENDENCIA QUE EJECUTA EL CONTRATO | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL |
| CONTRATO No. | MP 1423-2023 |
| FECHA DEL CONVENIO | 25 DE MAYO DE 2023 |
| ASOCIADO | CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA |
| OBJETO | CONTRIBUÍR AL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ESTADÍA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÒN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO DEL CENTRO DE BIENESTAR CASA DEL MENDIGO |
| SUPERVISOR | LILIANA YANETH VASQUEZ MARTINEZ |
| VALOR DEL CONTRATO | CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE ($ 154.766.727) |
| FORMA DE PAGO | : El municipio de Palmira realizará seis (06) desembolsos mensuales por cuotas parciales de VEINTICINCO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON CINCO CENTAVOS M/CTE ($25.794.454.5) lo anterior previa verificación y aprobación por parte del supervisor del convenio de los soportes que garanticen el cumplimiento de las actividades a cargo de la Entidad Sin Ánimo de Lucro. (...) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | 30 DE OCTUBRE |
| FECHA INICIO | 29 DE MAYO DE 2023 |
| NUMERO DE CP | 2634 |
| FECHA DE CP | 29 DE MAYO DE 2023 |
| No. DE GARANTÍAS (cuando aplique) | 45-44-101147962- 45-40-101084202 |
| FECHA DE APROBACIÓN DE GARANTÍAS (cuando aplique) | 29 DE MAYO DE 2023 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE COBERTURA DE LA ARL (cuando aplique) | N/A |
| CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PREVIAS A LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO (cuando aplique) | |

En el Municipio de Palmira, a los Veintinueve (29) días del mes de Mayo del año 2023 en la oficina de Secretaria de Integración de Social, se reunieron el LILIANA YANETH VÁSQUEZ MARTÍNEZ Subsecretaria de Desarrollo e inclusión Social, en calidad de Supervisora del convenio , y ANA LUCIA BORJA CABRERA quien obra como Representante Legal del CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA en su calidad de asociados, con el fin de dar inicio al contrato en referencia.

En constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que en ella intervinieron.

LILIANA YANETH VÁSQUEZ MARTÍNEZ
C.C. 66.759.222
SUPERVISORA

ANA LUCIA BORJA CABRERA
C.C. No 66.759.284. DE PALMIRA (VALLE),
Representante. Legal.
CENTRO DE BIENESTAR DEL
ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA
NIT. 800107454-3

Proyecto: Andres Felipe Olaya Perdomo- Abogado Contratista

NIT 8913800073

# ORDEN DE PAGO



**ORDEN DE PAGO PARCIAL** **No. 6291** **De 16/06/2023** **Por 25.794.454,00**

PAGO

**ACTA No.: 4815** **de 16/06/2023** **ESTADO=VIGENTE**

**DEPENDENCIA :** SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL

**PROYECTO :** MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN EL MUNICIPIO DE PALMIRA

**A FAVOR DE:** CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA **C.C o Nit** 800107454

**TERCERO ENDOSO:**

**VALOR ENDOSO:**

**CONVENIO No** **1423** **de** **25/05/2023** **Por** **154.766.727,00**

CONTRIBUÍR AL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ESTADÍA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÒN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO DEL CENTRO DE BIENESTAR CASA DEL MENDIGO

**VALOR A PAGAR** Veinticinco Millones Setecientos Noventa Y Cuatro Mil Cuatrocientos Cincuenta Y Cuatro Pesos M/Cte. **25.794.454,00**

## RETENCIONES EFECTUADAS

| Impuesto | Actividad | Base | % | Valor | Total deducciones |
|---|---|---|---|---|---|
| ESTAMPILLA PROCULTURA | | 25.794.454,00 | 1,00 | 257.945,00 | **2.321.502,08** |
| RETEN. FUENTE POR ICA | 059 | 25.794.454,00 | 1,00 | 257.945,00 | |
| ESTAMPILLA UNIVALLE | | 25.794.454,00 | 2,00 | 515.889,00 | |
| ESTAMPILLA PROHOSPITALES | | 25.794.454,00 | 1,00 | 257.945,00 | |
| TASA PRODEPORTE Y RECREACION | | 25.794.454,00 | 2,00 | 515.889,08 | |
| ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR | | 25.794.454,00 | 2,00 | 515.889,00 | |

**NETO A GIRAR** **23.472.951,92**

## IMPUTACION PRESUPUESTO

**COMPROMISO** 2634 **Fecha.** 29/05/2023

| C. Costo | Proyecto | Rubro | Nombre | Fondo | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| **1153** | **2200002** | 2.3.2.02.02.009 | Servicios para la comunidad, sociales y personales | 379 R/BCE Estampilla Pro Adulto Mayor | 25.794.454,00 |

**Total obligación** **25.794.454,00**

## IMPUTACION CONTABLE CXP

| Cuenta | | Débito | Crédito | Descripción |
|---|---|---|---|---|
| 511180007 | Servicios no laboral | 25.794.454, | 0, | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CENTF |
| 240722005 | Recuados estampilla procultura | 0, | 257.945, | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CENTF |
| 243627010010 | Tarifa diez por mil (10) | 0, | 257.945, | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CENTF |
| 240722002 | Estampilla prohospitales | 0, | 257.945, | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CENTF |
| 240722001 | Estampilla prouniversidad del valle | 0, | 515.889, | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CENTF |
| 240722006 | Estampilla Proadulto Mayor | 0, | 515.889, | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CENTF |
| 240706004004 | Tasa prodeporte y recreacion munici | 0, | 515.889, | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CENTF |
| 249055001 | Servicios | 0, | 23.472.952, | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CENTF |
| Sumas Iguales | | **25.794.454** | **25.794.454** | |

NIT 8913800073

# ORDEN DE PAGO



**ORDEN DE PAGO PARCIAL No. 6291 De 16/06/2023 Por 25.794.454,00**

PAGO

**ACTA No.: 4815 de 16/06/2023** **ESTADO=VIGENTE**




---

LINA MARCELA ESCOBAR RAMIREZ

02460117164453-2125891-001707979

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA



**Centro de Bienestar del Anciano**
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :** 5754c15b9c6548ddc37860f9db3e469e7cad5970be9ccb967ff92a0ebbd4ea9df434dfd9167feb7dc5ab2417359717c6

**Número de Factura:** FE-19
**Fecha de Emisión:** 05/06/2023
**Fecha de Vencimiento:** 05/06/2023
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Instrumento no definido
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA
**Nombre Comercial:** CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA
**Nit del Emisor:** 800107454
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8730

**País:** Colombia
**Departamento:** Valle del Cauca
**Municipio / Ciudad:** Palmira
**Dirección:** CL 37 25 36 BRR OBRERO
**Teléfono / Móvil:** 3136136803
**Correo:** centrodebienestardelancianopalmira@live.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** MUNICIPIO DE PALMIRA
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 891380007
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ -

**País:** Colombia
**Departamento:** Valle del Cauca
**Municipio / Ciudad:** Palmira
**Dirección:** CL 30 CR 29 ESQ ED CAMP P 6
**Teléfono / Móvil:** 2709500
**Correo:** tramiterut.usoexclusivodian@palmira.gov.co

### Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 93141506 | Servicios de bienestar social | NIU | 1,00 | $ 25.794.454,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 25.794.454,00 |

### Descuentos y Recargos Globales

| Nro. | Tipo | Código | Descripción | % | Valor |
|---|---|---|---|---|---|

### Información Complementaria

| Nro | Nombre Campo | Valor Campo |
|---|---|---|

### Anticipos

| Nro | Valor | Fecha recibido |
|---|---|---|

### Referencias

| Tipo de Documento Referencia | Número Referencia | Fecha Referencia |
|---|---|---|

## Notas Finales

Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento validado por la DIAN 2023-06-05 16:22:59**
**Documento generado el: 2023-06-05 16:22:57**
**Generado por:Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800.197.268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Subtotal** | | | 25.794.454,00 |
| Descuento detalle | | | 0,00 |
| Recargo detalle | | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | | 25.794.454,00 |
| IVA | | | 0,00 |
| INC | | | 0,00 |
| Bolsas | | | 0,00 |
| Otros impuestos | | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | | 25.794.454,00 |
| Descuento Global (-) | | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ | 25.794.454,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764033501808 Rango desde: 10 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2023-08-12

Fecha Actual: 2023/06/23 | Hora Ingreso: 15:17 IP: 190.144.251.100

OcciRed

Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

dahianna mercedes tascon montiel

Fecha/Hora Último Ingreso: 2023/06/23 14:22

## DETALLE

| | |
|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIAN |
| **No. Identificación** | 8001074543 |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 038947909 |
| **Fecha Pago/Débito** | 2023/06/22 |
| **Fecha Transacción** | 2023/06/22 |
| **Valor Transacción** | $23,472,952.00 |
| **Comisión** | $0.00 |
| **IVA** | $0.00 |
| **Estado** | EXT |
| **Descripción de Estado** | Exitoso |
| **Causal de Rechazo** | - |
| **No. Control** | ORV004HJWO |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Corriente |

| | |
|---|---|
| **No. Producto Destino** | 000293055166 |
| **Entidad Financiera** | DAVIVIENDA |
| **No. Comprobante** | 6291 |
| **Forma de pago** | Abono a cuenta entidad ACH |
| **Aviso al beneficiario** | N |
| **Estado de Aviso** | - |
| **Fecha de Aviso** | - |
| **Medio Utilizado** | - |
| **No. Transacción** | 038A3212317301JR |
| **Información Adicional** | - |
| **Fecha Cobro** | 2023/06/22 |
| **No. Factura** | PAGO |
| **Oficina Pago** | - |
| **Usuario Creador** | edna yamile leal rojas |

| Número del Contrato | MP-1423-2023 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA INICIO CONTRATO** | **INFORME No.** | **FECHA DEL INFORME DE ACTIVIDADES** | **PERIODO DE EJECUCIÓN REPORTADO EN EL INFORME DE ACTIVIDADES** | | | |
| 29 de mayo 2023 | 01 | 5-jun-2023 | **Entre** | 1-may-2023 | 31/05/2023 | |
| **CONTRATO:** | CONVENIO MP-1423-2023 | | | | | |
| **CONTRATISTA:** | CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO PALMIRA NIT 800107454-3 | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | CONTRIBUÍR AL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ESTADÌA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÒN DE VULNERABILIDAD O CARENCIA DE SOPORT SOCUIAL A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR "CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA". | | | | | |

**CONSIDERACIONES:**

**DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

| No. | Documento |
|---|---|
| 1 | Informe de Actividades - Parcial |
| 2 | Documentos soportes a las actividades |
| 3 | Certificado Planilla Seguridad Social |
| 4 | Factura de venta |
| 5 | Certificación Bancaria |

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS CONTRACTUALES**

| No. | Obligación |
|---|---|
| 1 | Cumplir con los requerimientos técnicos para el funcionamiento exigidos por el Ministerio de salud y de Protección social y que se encuentran plasmados en laley 1276 de 2009,ley 1315 de 2009 y la Resolución 024de 2017, modificada por la Resolución 055 de 2018 |
| 2 | Elaborar y presentar Plan de trabajo operativo para llevar a cabo el cumplimiento del convenio centrado en el modelo de atención integral de la persona. |
| 3 | Brindar el servicio de alimentación a los adultos mayores que habitan en el Centro de Bienestar con cinco comidas diarias (Desayuno, refrigeriosam almuerzo refrigerio - cena). |
| 4 | Prestar la orientación psicosocial a cada uno de los adultos mayores del CBA -Realizando valoración inicial y orientaciones psicológicas individuales a cada beneficiario. |
| 5 | Realizar atención primaria en salud relacionadas con geriatría y malnutrición, vacunación y demás actividades que se consideren y elaborar las remisiones correspondientes al servicio de salud que atiende al adulto mayor. Garantizar el buen estado del inmueble donde opera el centro de Bienestar – este debe contar con todos los servicios públicos básicos disponibles (agua, energía, alcantarillado y sistemas de |
| 6 | Disponer de áreas comunes para la realización de jornadas lúdicas y deportivas con los adultos mayores. Así mismo deberá contar con: baños -zona de comedores y de televisión para los adultos |
| 7 | Realizar todas las actividades de aseo, desinfección y limpieza del Centro de Bienestar |
| 8 | Llevar a buen termino las demás actividades programadas dando cumplimiento a la ley 1276 de 2009 y demás legislación aplicable para la atención a la población adulto(a) mayor. |
| 9 | Brindar el apoyo logístico y operativo necesario para la coordinación e implementación de las actividades establecidas en el convenio. |
| 10 | Tener disponible y emplear en la ejecución el personal necesario para el cumplimiento de las actividades requeridas de conformidad a lo establecido en el convenio |
| 11 | Responder por la adecuada y correcta ejecución de los recursos entregados por el Municipio - Secretaría de Integración Social para el cumplimiento del objeto del presente Convenio. |
| 12 | Presentar un informe financiero mensual firmado por el contador o revisor fiscal, de la ejecución presupuestal, anexando todos los soportes contables |
| 13 | Entregar al finalizar el convenio un informe cualitativo de la población atendida. |

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

| Semana | Del | Al | Descripción de Actividad | Obligación No. | Soporte/Evidencia |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1/05/2023 | 31/05/2023 | Se realiza reunion con los colaboradores del CBA para tener una mejor estrategia en cuanto al mantenimiento del Asilo y a su vez las reuniones con la asesora de SSGT | 1 | Se anexa listado de asistencia y acta. |
| | | | Se realiza plan de trabajo operativo indicando el cumplimiento del convenio centrado en el modelo de atencion integral. | 2 | Anexo plan operativo en word |
| | | | Realizamos un menu saludable para nuestros 60 Adultos mayores, contribuyendo una dieta balanceada para que obtengan los nutrientes necesarios sin demasiadas calorias extras que les brinde energia y controlen su peso, adicional prevenir enfermedades a causa de una mala alimentacion. | 3 | Se evidencia fotográficamente la cada una de las entregas, y la manera en que se proporcionan los alimentos y las meriendas, tambien se evidencia el comedor con nuestros comensales. |
| | | | Nuestro compromiso con nuestros adultos mayores nos compromete a organizar un trabajo arduo en relacion a las necesidades de manera individual y/o grupal, que presentan cada uno de ellos, para esto contamos con una profesional que nos colabora con los seguimientos pertinentes con cada aldulto mayor que lo requiera, es por tal motivo que las visita de los medicos ya se esta realizando cada dos meses para que asi nos permita conocer la evolucion que ha tenido cada uno de los adultos mayores. | 4 | Se anexan informes de las actividades tanto individual como grupal e informes de cada Adulto mayor con sus seguimientos y sus respectivas evidencias fotográficas. |
| | | | Se realizaron los controles medicos a los adultos mayores por parte de Todo Med, los cuales se adjunta su historia clinica y sus ordenes medicos En la cual nos indican en las condiciones que esta el adulto mayor y se programa visita nuevamente para dos meses, El profesional de enfermeria viene desarrollando diariamente en el Centro de Bienestar labores como:toma de signos vitales, terapia de reflejo, y coordinacion se tiene en cuenta al momento de seguir la ruta integral de promoción y prevención, el conjunto de acciones coordinadas para garantizar el derecho a la salud, mediante la aplicación de las politicas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. | 5 | Evidencias fotograficas de los controles de medicos, toma de examenes medicos, cuidados de higiene. |
| | | | Se realizan actividades de juegos de mesa para la recreacion de los adultos mayores a su vez se realizan algunas actividades de manualidad para la motricidad de los mismos. | 6 | Se evidencia fotograficamente las actividades realizadas con los adultos mayores. |
| | | | Se realizan inspecciones de limpieza en los diferentes puntos del asilo para tener un ambiente sano. Se hace una limpieza optima de cada las instalaciones utilizando productos que nos ayude con la desinfeccion.(Baños - Lavanderia - Cuartos - Cocina) | 7 | Se evidencia fotograficamente el aseo en cada una de sus areas |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | De acuerdo con la normativa y legislación para el cuidado del adulto mayor, desde el centro de bienestar procuramos brindar una atención integral al adulto, buscando promover habitos de higiene saludable, atención psicosocial, atención básica en salud, actividades recreativas entre otras dando cumplimiento a lo que exige la ley. | 8 | Se evidencia fotograficamente las actividades realizadas con los adultos mayores. |
| | | | Con el fin de brindar el apoyo logistico y operativo necesario para la coordinación e implementación de las actividades establecidas en el convenio se valida el formato de personal y se anexa la contratacion que se realiza para la elaboracion y coordinacion entorno a los servicios integrales del mismo. | 9 | Anexo formato de personal |
| | | | El Centro de Bienestar cuenta con el personal idóneo en cuanto a manipulación de alimentos, equipo de enfermería, psicosocial, cuidadores, servicios generales, buscando estar siempre capacitados y fortalecidos para la atención de los adultos mayores | 10 | Anexo formato de personal y nueva contratacion. |
| | | | Los recursos entregados por este convenio son totalmente invertidos en las necesidades indicadas en cuanto al fortalecimiento de la alimentación, elementos de aseo, elementos de bioseguridad y actividades recreativas para nuestros adultos mayores | 11 | Informe financiero |
| | | | Se realiza informe de Seguridad Social y parafiscales correspondientes al mes de abril - mayo 2023 Se realiza en conjunto con la Revisora Fiscal informe mensual de gastos realizados, Estados Financieros y Factura Electronica para pago de convenio. | 12 | Se anexa Certificado de pago de aportes de Seguridad Social firmada por la Revisora Fiscal y planilla de pago resumidaSe anexa Informe Financiero (balance General, Estado de Resultados y Notas) correspondiente al mes de Mayo 2023 y se entrega informe de Gastos realizados durante el corte que va del 01 al 31 de mayo de 2023. |
| | | | Entregar al finalizar el convenio un informe cualitativo de la población atendida. | 13 | |

| No. | OTROS | |
|---|---|---|
| | Tipo | Descripción |
| 1 | Logro | Se termina el informe dando cumplimiento a todo lo solicitado |
| 2 | Dificultad | Por falta de recursos economicos durante el mes ya que el auxilio se recibio finalizando el mes de marzo |
| 3 | Recomendación | Informar los tiempos de entrega con fecha detalladas |

Las obligaciones generales estipuladas en el Contrato, han sido cumplidas conforme a su aplicación en el

**CONTRATISTA**

# 1

# REQUERIMIENTOS TECNICOS

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

# Actividades.

La ley 1315 de 2009 establece las condiciones mínimas que deben cumplir los hogares o centros geriátricos, o centros de protección, centros día e instituciones de atención. Con esta ley se pretende garantizar la atención y prestación de servicios con calidad al adulto mayor en estas instituciones.

Además de cumplir con la autorización para su funcionamiento e instalación generada por la secretaría de salud correspondiente (sea departamental, distrital o municipal) tal y como lo indica el articulo No. 4 de la ley 1315 de 2009. Los establecimientos deben disponer de una planta física que cumpla por lo menos con los requisitos establecidos en el Título IV de la Ley 361 de 1997 y las normas que lo desarrollen, así como tener dependencias bien diferenciadas que sigan las siguientes pautas de diseño:

- Zonas de circulación con pasillos que permitan el paso de una camilla, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay, y pasamanos al menos en uno de sus lados. Si tiene escaleras, estas no podrán ser de tipo caracol no tener peldaños en abanico y deberán tener un ancho que permita el paso de dos (2) personas al mismo tiempo, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados.

- Zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín.

- Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios, ser de fácil acceso y estar iluminados y debidamente señalizados.

- Las duchas deben permitir la entrada de silla de ruedas, deberán tener un inodoro y un lavamanos.

- Los pisos de estos serán antideslizantes o con aplicaciones antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de apoyo.

- La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los

alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, estará de acuerdo con el número de raciones a preparar.

- El piso y las paredes serán lavables; estará bien ventilada, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor.

- Comedor o comedores suficientes para el cincuenta por ciento (50%) de los residentes simultáneamente.

- Dormitorios con iluminación y ventilación natural.

- Lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos, tales como esfigmomanómetro, fonendoscopio, termómetros, medicamentos, elementos e insumos de primeros auxilios y archivo de fichas clínicas.

- Lugar cerrado y ventilado destinado a guardar los útiles de aseo en uso. Una poceta para el lavado de útiles de aseo, lavadero, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada al número de residentes e implementación para el secado y planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia.

- Si existe servicio externo de lavado, se asignarán espacios para clasificar y guardar ropa sucia y limpia.

Los establecimientos deberán contar con el siguiente personal:

- Manipuladores de alimentos capacitados, en número adecuado para preparar el alimento de los residentes.

- Auxiliares de servicio, encargados de aseo, lavandería y ropería en número adecuado de acuerdo con el número y condición de los residentes.



# Centro de Bienestar del Anciano

Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## REUNIONES

## CELEBRACION DIA DE LA MADRE










Calle 37 No. 25-36 Telefax: 268 32 08 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

**CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA**

**NIT: 800.107.454-3**

| EMPLEADO(A) | CEDULA No. | FIRMAS |
|---|---|---|
| | | |
| SULLY LORENA TEJADA | 1113620498 | Sully Lorena Tejada Henao |
| BRANDON STEHIFER CHAMORRO | 1.006.288.068 | |
| KAREN MARLOY RESTREPO | 1113653433 | Karen M. Restrepo G. |
| DANY MAURICIO ESCOBAR VALDERRUTEN | 1075679105 | Dany M Escobar V |
| ELIZABETH RAMIREZ TOBAR | | |
| | | |

Powered by CamScanner

**FIRMAS REUNION COMITE COPASST**

| ITEMS | NOMBRES | IDENTIFICACIÓN | FIRMAS |
|---|---|---|---|
| 1 | FRANCIA ELENA MEDINA HERNANDEZ | 66.785.842 | |
| 2 | SULLY LORENA TEJADA | 1.113.620.498 | |
| 3 | KAREN MARLOY RESTREPO | 1.113.655.435 | |
| 4 | ANA LUCIA BORJA CABRERA | 31.163.287 | — |

Powered by CamScanner

## FIRMAS REUNIÓN COMITÉ CONVIVENCIA

| ITEMS | NOMBRES | IDENTIFICACIÓN | FIRMAS |
|---|---|---|---|
| 1 | ELIZABETH RAMIREZ TOBAR | 1.113.629.287 | |
| 2 | CARLOS HUMBERTO SANCLEMENTE QUINTERO | | |
| 3 | BRANDON STEHIFER CHAMORRO | 1.006.288.068 | |

Powered by CamScanner

Alcaldía Municipal de Palmira
NIL: 891.380.007-3

**SECRETARIA DE SALUD**

PROCESO: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD

**ACTA DE VISITA DE CONTROL**

MISFO-055
Versión.04
26/09/2022

Página 1 de 1
Nº 3909

TIPO DE SUJETO: Hogar Geriatrico COMUNA: 4 MUNICIPIO: Palmira
RAZÓN SOCIAL: Centro de Bienestar del Anciano Casa del Mendigo Palmira
DIRECCIÓN: CL 37 Nº 25-36 BARRIO: Obrero TELÉFONO: 2683209
REPRESENTANTE LEGAL: Ana Lucia Borja Cabrera C.C No. 66759794
ÁREA DE ESTABLECIMIENTO: — — FECHA DE LA VISITA: Abril-20-2023
FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA: Eyder Borrero Filigrana
CARGO: — — EN PRESENCIA DE: Sully Lorena Tejada Henao
OBSERVACIONES: En visita realizada a dicho establecimiento se verifica que impermeabilizaron la plancha, arreglaron la canal, estan llevando el registro de la temperatura y humedad relativa de los medicamentos, Se observa problema de goteras en un cuarto en el segundo piso, sifones sin rejillas en el area de la plancha hay desprendimiento de pintura en dos alojamientos del primer piso.

EXIGENCIAS: 1- Realizar enlucimiento de los alojamientos, colocar las rejillas a los sifones
2- Solucionar el problema de goteras en el cuarto del segundo piso

Para el cumplimiento de las recomendaciones se concede un plazo de Treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de Notificación de la presente acta.
El incumplimiento de lo anterior acarreará la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad y sanciones establecidas en la LEY 09 de 1.979 y su decreto reglamentario Nº Resol 14961 - 1985

**PERSONAL QUE INTERVINO EN LA VISITA:**

AUTORIDAD SANITARIA:
FIRMA: Eyder Borrero Filigrana
CARGO: Tecnico Area Salud
C.C.: 6386905

POR EL SUJETO VIGILADO:
FIRMA: Sully Lorena Tejada Henao
CARGO: Administradora
C.C.: 1113620498

NOTIFICACIÓN:
HOY 20 / Abril / 2023 se notifica personalmente al señor (a) Sully Lorena Tejada Henao identificado con C.C No. 1113620498 de Palmira, quien se desempeña como administradora del contenido de la presente acta quien lee y firma como constancia.

Sully Lorena Tejada Henao
NOTIFICADO

Eyder Borrero Filigrana
NOTIFICADOR



Powered by CamScanner

invima

CIUDAD: PALMIRA | FECHA: 10 Abril 2023 | ACTA:

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [ ] Cafetería [ ] Panadería [ ] Frutería [ ] Comidas rápidas [ ] Comedores [ ] Otro [X] Cuál: Hogar Geriatrico

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE PALMIRA

## IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*DATOS OBLIGATORIOS

RAZÓN SOCIAL: Centro De Bienestar Del Anciano Casa Del Mendigo Palmira

*CÉDULA / NIT: 800107454-3 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 765208D1074543

*NOMBRE COMERCIAL: Centro De Bienestar Del Anciano Casa Del Mendigo Palmira

*DIRECCIÓN: Cl 37 Nº 25-36 | MATRICULA MERCANTIL: —

*DEPARTAMENTO: Valle del Cauca | *MUNICIPIO: Palmira

Barrio [ ] Vereda [ ] Comuna [4] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: Obrero

TELÉFONOS: 2683209 | FAX: — —

CORREO ELECTRÓNICO: centrodebienestardelanciano palmira@live.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Ana Lucia Borja Cabrera

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 66759284

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Ana Lucia Borja Cabrera

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 66759284

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cl 37 Nº 25-36

*DEPARTAMENTO: Valle Del Cauca | *MUNICIPIO: Palmira

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7am 2 5pm L-L | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 1

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | día / mes / año | | | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 19 05 2022 | FAVORABLE | — | | 87 % |
| | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | ✓ | | |
| | | DESFAVORABLE | — | | |

## *MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | ✓ | SOLICITUD DEL INTERESADO | — | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS | — |
| SOLICITUD OFICIAL | — | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | — | SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN. | — |
| OTRO | | Especifique: | | | |

## EVALUACIÓN

| | |
|---|---|
| Aceptable (A) | Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar |
| Aceptable con Requerimiento (AR) | Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar |
| Inaceptable (I) | Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar |
| No Aplica (NA) | Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del establecimiento y calificar como Aceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el espacio de hallazgos. |
| Crítico (C) | Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores |



Powered by CamScanner

## I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

| 1 | EDIFICACIÓN E INSTALACIONES | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | **Localización y diseño.** (Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.7 y 2.8.; Artículo 32, Numerales 1, 2, 3, 4, 6 y 7. Artículo 33, Numeral 8) | 2 | 1 | 0 | C |
| 1.2 | **Condiciones de pisos y paredes.** (Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.) | 2 | 1 | 0 | C |
| 1.3 | **Techos, Iluminación y ventilación.** (Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.) | 2 | 1 | 0 | C |
| 1.4 | **Instalaciones sanitarias.** (Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4. Artículo 32, Numeral 9 y 11.) | 4 | 2 | 0 | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | 10 | | | La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta |

| 2 | EQUIPOS Y UTENSILIOS | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | **Condiciones de equipos y utensilios.** (Resolución 2674/2013, Artículo 6, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9. Artículo 10, Numerales 2 y 3 Artículo 34.) | 5 | 2.5 | 0 | C |
| 2.2 | **Superficies de contacto con el alimento.** (Resolución 2674/2013, Artículo 6, Artículo 9, Numerales 2, 3, 4, 6, 7 y 10. Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013) | 7 | 3.5 | 0 | C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | 12 | | | La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta |



Powered by CamScanner

Nº 2269

| 3 | PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 3.1 | **Estado de salud.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)* | 7 | 3,5 | 0 | C |
| 3.2 | **Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)* | 2 | 1 | 0 | C |
| 3.3 | **Prácticas higiénicas.** (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.) | 7 | 3,5 | 0 | C |
| 3.4 | **Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)* | 4 | 2 | 0 | No cuentan con un programa de capacitación continuo de 10 horas al año. C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE 18 | | | | La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta |

| 4 | REQUISITOS HIGIENICOS | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | **Control de materias primas e insumos.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 89. Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5; Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)* | 5 | 2,5 | 0 | C |
| 4.2 | **Prevención de la contaminación cruzada.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 18, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4.)* | 9 | | 0 | C |
| 4.3 | **Manejo de temperaturas.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425; Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)* | 7 | 3,5 | 0 | C |
| 4.4 | **Condiciones de almacenamiento.** *(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)* | 4 | 2 | 0 | Se observó deficiencias en almacenamiento de algunos productos. NA C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE 23 | | | | La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta |



Powered by CamScanner

Nº 2269

| 5 | SANEAMIENTO | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 5.1 | **Suministro y calidad de agua potable.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)* | 7 | | | C |
| 5.2 | **Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)* | 4 | | | C |
| 5.3 | **Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)* | 4 | | | C |
| 5.4 | **Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)* | 9 | | | C |
| 5.5 | **Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)* | 7 | | | Se observo deficiencia en la limpieza en la nevera<br>C |
| 5.6 | **Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)* | 2 | | | El establecimiento no presento el plan o Programa de Saneamiento son Cuatro (4) Programas<br>Ver numeral 5.6 del acta nº 2047 de abril 19. 2022<br>C |
| | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE 27.5 | | | | La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta |



Powered by CamScanner

Nº 2269

## II. CONCEPTO SANITARIO

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto emitido a visita | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva. |
|---|---|---|---|
| 90.5 % | X FAVORABLE | 90-100% | |
| | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | 60 - 89,9% | |
| | DESFAVORABLE | < 59,9% | |

## III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

| | |
|---|---|
| NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS | |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | |

## IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

## V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

| Si | No | Cual: |
|---|---|---|
| | | |

## VI. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

Primera visita Abril 10.2024
Al establecimiento, se le realizaran visitas Periodicas de inspeccion, vigilancia y control
El establecimiento cambio de representante legal

**Por parte del establecimiento:**

- Excelente trato en la visita, nos informan de actividades actuales

## VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 10 del mes de Abril del año 2024 en la Ciudad de Palmira.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

**NOTA:** El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

**POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA**

| | |
|---|---|
| FIRMA: Elder Borrero P. | FIRMA: |
| NOMBRE: Elder Borrero P. | NOMBRE: |
| CÉDULA: 6386805 | CÉDULA: |
| CARGO: Tecnico Apoyo Salud | CARGO: |
| INSPECCIÓN: Secretaría de Salud de Palmira. | INSPECCIÓN: |

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

| | |
|---|---|
| FIRMA: Sully Lorena Tejada Henao | FIRMA: |
| NOMBRE: Sully Lorena Tejada Henao | NOMBRE: |
| CÉDULA: 1.113.670.978 | CÉDULA: |
| CARGO: Administradora | CARGO: |



Powered by CamScanner

# 2

# Elaboración y presentación del plan de trabajo operativo para llevar a cabo el cumplimiento del convenio centrado en el modelo de atención integral de la persona

# PLAN DE TRABAJO OPERATIVO

El convenio con la Secretaría de Integración Social del municipio se inició a partir del 05 de junio de 2023. Con el paso de los años, algunos nutrientes se vuelven particularmente importantes para mantener el cuerpo fuerte y funcionando con todo su potencial. Por ello mantenemos minutas concretas para ayudarles a proteger la masa muscular y aprovechar los nutrientes que suministren los alimentos ricos en proteínas. Dia a día nos esforzamos por mejorar la calidad en la alimentación de los adultos mayores, para que así ellos tengan una mejor calidad de vida.

Dentro de los programas que manejamos con los adultos mayores esta se realizan orientaciones psicosociales dentro de las cuales se evaluaron factores protectores, área social, emocional, cognitiva, comunicativa entre otras plasmadas en el informe respectivo.

Se realizaron actividades de fisioterapia a nivel grupal e individual, delegados por profesionales quienes ejecutaron ejercicio de fortalecimiento muscular y de coordinación adaptado para ellos. A parte de las terapias que recibimos por parte del grupo de la Universidad Santiago de Cali, los cuidadores que están a cargo de los adultos mayores nos están colaborando con terapias para así poder ayudarlos a ellos con la motricidad, y a su vez en coordinación, movilidad y poder tener a los adultos mayores activos y que no sean tan sedentarios.

Los controles de exámenes, citas médicas y fecha de vencimientos de los medicamentos que se encuentran dentro del dispensario del Centro de Bienestar Casa del Mendigo, fue labor fundamental de nuestro equipo de trabajo para tener en óptimas condiciones el área de enfermería.

De acuerdo al convenio establecido con la Alcaldia Municipal de Palmira, estas serán las obligaciones que tendremos en cuenta para cumplir con el convenio:



# Centro de Bienestar del Anciano
## Casa del Mendigo Palmira
## Nit: 800.107.454-3

| COMPROMISOS | ACTIVIDAD | PRODUCTO | PERIODICIDAD |
|---|---|---|---|
| **BRINDAR EL SERVICIO DE ALIMENTACION A LA POBLACION ADULTA MAYOR QUE HABITA EN EL CENTRO DE BIENESTAR** | Suministrar Desayuno- Refrigerio o merienda en la mañana - Almuerzo – Refrigerio o merienda en la tarde - y Cena a cada adulto mayor de acuerdo con la minuta nutricional diseñada para ello. | Cinco (05) comidas diarias por persona. | Diario de lunes a domingo. |
| | Contar con el profesional y/o técnico en nutrición para el seguimiento al estado del adulto mayor y el diseño de minutas alimentarias | Minutas alimentarias diseñadas – Planillas o formatos de seguimiento al estado y evolución del adulto mayor. | Presentar informe una (01) vez al mes. |
| **PRESTAR LA ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL** | Realizar una evaluación psicológica de ingreso al centro a cada uno de los beneficiarios como mínimo dos (02) orientaciones psicológicas individuales de acuerdo con los resultados de la evaluación. | Informes de evaluación psicológica a los Adultos mayores. | Presentar informe dos (02) veces al mes |
| | Realizar un taller de psicología semanal en temas inherentes al desarrollo humano del adulto mayor. | Evidencias físicas del taller – fotos – memorias | Cuatro (04) veces al mes |
| **ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD** | Realizar actividades con los adultos mayores que promuevan estilos de vida saludables, y prevención de enfermedades. | Evidencia fotográfica e informes de las actividades realizadas | Un (01) informe mensual |
| | Realizar la atención primaria en salud relacionadas con geriatría y malnutrición, vacunación y demás actividades que se consideren y realizar las remisiones correspondientes al servicio de salud que atiende al adulto mayor | Informes y reportes periódicos de los adultos mayores atendidos. Remisiones realizadas en el mes – Formatos de seguimiento a casos o situaciones presentadas en relación con el estado de salud del adulto mayor | Informe cada quince (15) días |
| | Contar con el servicio de enfermería de manera permanente para garantizar la atención y traslado en los casos que se requiera. | Informe del servicio de enfermería – revisión estado de medicamentos (fechas de vencimiento, rotación de medicamentos - suministro y necesidades de medicamentos. | Informe cada quince (15) días |
| **INMUEBLE** | Garantizar el buen estado del inmueble donde opera el centro de Bienestar – este debe contar con todos los servicios públicos Básicos disponibles (Agua, energía, alcantarillado y sistemas de comunicación Teléfono e internet) | Registros de aseo y mantenimiento de la infraestructura – evidencia fotográfica | Un (01) informe mensual. |

Conforme a la ley 1276, se da cumplimiento a la norma de tal manera que se cuenta con los servicios integrados exigidos por la misma.

De acuerdo a lo anterior se registran inspecciones de aseo en dormitorios, baños, zona de lavandería e instalaciones del Centro de Bienestar.

Agradecemos el acompañamiento y el apoyo que nos han brindado con tanta constancia, sabemos la importancia que los adultos mayores representan y la atención que merecen.

Para constancia de lo anterior firma:

**Ana Lucia Borja Cabrera**
DIRECTORA CBA

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: cbancianopalmira@outlook.com
Palmira, Valle del Cauca

# 3

# BRINDAR EL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR QUE HABITA EN EL CENTRO DE BIENESTAR



**Centro de Bienestar del Anciano**
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

# Actividades

El Centro de Bienestar Casa del Mendigo de Palmira viene desarrollando actividades de acuerdo a la normatividad planteada en la ley 1276 de 2009 y toda la legislación enfocada a la atención del adulto mayor.

A medida que envejecemos, experimentamos muchos cambios y es posible que tengamos que ajustar nuestro estilo de vida para tener un envejecimiento sano. Una alimentación saludable y la actividad física regular pueden ser clave para una buena salud a cualquier edad. Elegir un estilo de vida adecuado también puede prevenir algunos problemas de salud, como diabetes, enfermedades del corazón y algunos cánceres. Las recomendaciones de salud incluyen:

- ✓ Seleccionar alimentos ricos en fibra como panes y cereales integrales, frijoles, nueces y semillas sin sal, verduras de colores intensos (como habichuelas verdes) y frutas.
- ✓ Evitar los alimentos fritos. En su lugar, se eligen alimentos asados, a la parrilla o hervidos.
- ✓ Tomar leche baja en grasa o descremada fortificada con vitamina D; productos lácteos o leche de soya, almendras, arroz, u otras bebidas con adición de vitamina D y calcio agregados para ayudar a mantener los huesos fuertes a medida que envejece.
- ✓ Tomar líquidos durante todo el día. Es posible que a medida que envejece sienta menos sed, pero el cuerpo necesita líquidos para mantenerse sano y con buena digestión. Si tiene un problema de control de la vejiga, consulte con su médico sobre los líquidos que debe tomar, así como la cantidad y cuándo tomarlos.
- ✓ Consultar con el profesional de atención médica si es recomendable que se vuelva activo o incremente su actividad física y cómo hacerlo de manera segura.
- ✓ Elegir actividades físicas que se disfrute y pueda hacer solo o con un amigo o grupo.

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Comensales









Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Me riendas









Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano

Casa del Mendigo Palmira

Nit: 800.107.454-3





Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Alimentos





Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Minutas

| Semana No.1 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **01 LUNES** | **02 MARTES** | **03 MIÉRCOLES** | **04 JUEVES** | **05 VIERNES** | **06 SÁBADO** | **07 DOMINGO** |
| Lentejas | Sopa de Fideos | Sopa de Avena | Consome | Frijoles | Sancocho | Consome |
| Arroz | Arroz | Arroz | Arroz | Arroz | Arroz | Arroz Mixto |
| Ensalada - Tajadas | Ensalada - Carne | Spaguettis - Huevo | Ensalada de Atun - Tostadas | Costilla - Ensalada | Ensalada - Proteina Guisada | Ensalada |
| Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta |
| | | | | | | |
| **Semana No.2** | | | | | | |
| **08 LUNES** | **09 MARTES** | **10 MIÉRCOLES** | **11 JUEVES** | **12 VIERNES** | **13 SÁBADO** | **14 DOMINGO** |
| Sopa Arvejas | Lentejas | Sopa Fideos | Mondogo | Frijoles | Sancocho | Sopa de Menudencia |
| Arroz | Arroz | Arroz | Arroz | Arroz | Arroz | Arroz |
| Ensalada | Ensalada - Pollo | Verduras con Pollo - Tajadas | Tostadas | Huevo - Ensalada | Sudado de Carne | Pollo Sudado - Ensalada |
| Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta |

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano
## Casa del Mendigo Palmira
## Nit: 800.107.454-3

| Semana No.3 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **15 LUNES** | **16 MARTES** | **17 MIÉRCOLES** | **18 JUEVES** | **19 VIERNES** | **20 SÁBADO** | **21 DOMINGO** |
| Sopa de Avena | Consome | Lentejas | Sopa de Pasta | Frijoles | Consome | Consome |
| Arroz | Arroz | Arroz | Arroz | Arroz | Arroz | Arroz con Pollo |
| Blanquillos - Ensalada | Spaguetti - Tajdas | Higado Encebollado - papa Cocida | Ensalada de atun - Tostada | Chorizo - Ensalada | Carne en Rollo - Ensalada dulce | Ensalada - Tajada |
| Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta |
| | | | | | | |
| **Semana No.4** | | | | | | |
| **22 LUNES** | **23 MARTES** | **24 MIÉRCOLES** | **25 JUEVES** | **26 VIERNES** | **27 SÁBADO** | **28 DOMINGO** |
| Lentejas | Sancoho | Sopa de Avena | Sopa de Arveja | Frijoles | Sancocho | Consome |
| Arroz | Arroz | Arroz | Arroz | Arroz | Arroz | Arroz |
| Ensalada - Tostadas | Pollo Apanado - Ensalada | Spaguetti - Huevo | Ensalada - Tajada | Carne de Cerdo - Ensalada | Ensalada - Pollo | Ensalada - Bistec |
| Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta |

| Semana No.5 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **29 LUNES** | **30 MARTES** | **31 MIERCOLES** | **JUEVES** | **VIERNES** | **SABADO** | **DOMINGO** |
| Sopa de Avena | Sopa de Fideos | Sopa de Menundencia | | | | |
| Arroz | Arroz | Arroz | | | | |
| Ensalada - Huevo | Carne de Lentejas - Ensalada | Ensalada - Tajadas | | | | |
| Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | Jugo de Fruta | | | | |

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

# 4

# PORTADA ORIENTACION PSICOSOCIAL

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

# Centro de Bienestar del Anciano

## Informe de Psicología MAYO 2023

A cargo de:
Diana Lorena Sánchez
Psicóloga



# Centro de Bienestar del Anciano

## En mayo 2023 se trabaja la atención y el control







# Centro de Bienestar del Anciano

## Deben recibir la pelota y estar atentos para poder lanzarla







# Centro de Bienestar del Anciano

Deben estar atentos al color que se les pide que toquen







# Centro de Bienestar del Anciano



Los participantes con discapacidad visual disfrutamos del relieve en el material didáctico





# RESUMEN INFORME

El mes de mayo 2023 se continúa realizando un acompañamiento individual en el que se parte de las necesidades e información obtenida según los últimos sucesos y situaciones que requieran atención por Psicología.

Se proponen espacios de diálogo en los cuales se identifican emociones principalmente y, también se trabaja para promover una sana convivencia, dado que es lo que más requieren los usuarios.

Durante el mes de mayo a nivel de **trabajo grupal**, se continua promoviendo el fortalecimiento cognitivo y se establece a nivel de grupo sesiones dirigidas a la estimulación auditiva con estimulación sensorial.
Se emplean elementos que deben reconocer por el color y estar atentos según las indicaciones.

También se propone dinámica en la que según el color del balón lanzado se empieza a tocar los elementos que hay en la mesa dispuestos para cada participante.

Estos ejercicios grupales permiten a su vez fortalecer la memoria a corto plazo y la concentración como ayuda didáctica, se realizan por minutos ejercicios dirigidos a las habilidades básicas y habilidades superiores como la planificación y la memoria auditiva y a corto plazo.

El diálogo educativo empleado durante la realización de estas actividades se enfoca a potenciar un cuerpo y una mente saludables, así como la prevención de ciertas afecciones de salud emocional y físico.

Se dialoga en los diferentes momentos de las actividades acerca del fortalecimiento de dinámicas en las cuales es importante que participen, teniendo en cuenta que en algunas ocasiones algunos de estos participantes se rehúsan a ingresar a las actividades.

Se identifica aceptación, disposición y buen nivel de esfuerzo para lograr una participación apropiada,

Así mismo, se observa que muchos usuarios han empezado a incorporar el acompañamiento psicológico grupal como un apoyo para todos y para cada uno y lo asocian con la importancia para el fortalecimiento de sus rutinas básicas.

En las actividades donde los participantes presentan dificultad o discapacidad visual, se emplean elementos (fichas de manos) realizadas con puntillaje, de tal manea que les quede mas fácil su reconocimiento al momento de tener que tocar cada ficha, además de estimular el área sensoperceptiva.

En cuanto a la **psicoterapia individual** se proponen intervención que ofrece la posibilidad de desarrollar un espacio de diálogo y reflexión. Este espacio se caracteriza por brindar apoyo, acompañamiento y contención. Espacio que es necesario ante tantos cambios vistos durante el mes, como cambios a nivel afectivo y emocionales, físicas y cognitivas. Se anima a las personas a que sean participes y que se desarrollen activamente en sus rutinas, es uno de los propósitos de la terapia individual. Se observa en algunos casos un elevado compromiso con estos espacios, a tal punto que algunos demandan el servicio y otros sugieren el nombre de los compañeros que ellos creen que lo requieren.

| | |
|---|---|
| ***Total usuarios beneficiados psicoterapia individual mes de mayo 2023:*** | **16** |
| ***Total usuarios beneficiados talleres grupales mes de mayo 2023:*** | **24** |

Se aclara que los usuarios que no estuvieron en actividad grupal o en seguimiento individual por psicología durante mayo 20223, se debe a que algunos se encuentran en atención de situaciones de salud, chequeos médicos, así como algunos que no se encuentran en el hogar al momento de visitar la psicóloga la institución.
También, se precisa que algunos usuarios no toleran el contacto, otros se muestran reacios a intervención psicología y otros evasivos, esto debido tanto a situaciones de orden mental, como a sus estados de ánimo y actitudes características de la edad.

Centro de Bienestar del Anciano

# Valoración inicial usuarios recientes



# VALORACIÓN PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **Alberto Erazo** | | |
| **FECHA ENTREVISTA** | 9 de mayo de 2023 | | |
| Fecha nacimiento: | **27 julio 1938** | **EDAD:** 85 años | **SEXO:** masculino |

## OBSERVACIÓN GENERAL:

Se observa pasivo, aunque se identifica un desplazamiento ocasional por algunos lugares del hogar, en su silla de ruedas.

Se observa dispuesto a participar de espacio terapéutico psicológico inicial.

Se observa tranquilo, callado, pero atento a su entorno.

## ÁREA FAMILIAR:

Según lo que refiere el señor Alberto, lo trajo su hermano.

Indica que no tiene hijos ni pareja.

## FACTORES PROTECTORES:

Indica que su alimentación no es adecuada, según refiere. Indica que duerme bien.

## FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:

No conductas de ideación suicida.

Niega algún tipo de maltrato físico o psicológico.

## ÁREA SOCIAL:

Indica que tiene pocos conocidos en el hogar con los que habla en varias ocasiones, que está dispuesto a establecer amistad con ellos

Son pocas las personas que se han acercado a él.

Se muestra a gusto con su entorno y con sus compañeros, observa lo que ellos van haciendo.

Indica que fue artista y cantante, estilo Julio Jaramillo.

Se ha sentido bien en cuanto al trato recibido por las personas encargadas de su cuidado en e hogar.

**ÁREA EMOCIONAL:**

Indica que hay buena comunicación al interior del hogar y se ha sentido comprendido, por eso se siente tranquilo y a gusto con su entorno.

Dice que se ha sentido bien recibido, que se ha relacionado bien con todas las personas.

Se siente cómodo y a gusto en el hogar.

Presenta curiosidad por lo que sucede con sus compañeros.

Recibe orientación en las actividades, toma los elementos dados y se ve dispuesto para participar.

**AREA COMUNICATIVA:**

Se esfuerza por darse a entender, acompañado de su lenguaje corporal y expresiones gestuales de aprobación y desaprobación.

Auditivamente presenta una dificultad leve, por lo que debe recibir la información muy cerca y esto implica que en actividades grupales se dé la información personalizada y no colectiva.

**ÁREA COGNITIVA:**

No reconoce la ciudad ni el lugar donde se encuentra. No logra evocar las ciudades próximas a Palmira.

No se ubica temporalmente.

Discurso que alude a uso de memoria anterógrada y en ocasiones descoordinado.

Presenta dificultad para el seguimiento de varias instrucciones simultaneas. Debe indicarse una a una la actividad.

Requiere apoyo en actividades de exigencia cognitiva.

Sigue instrucciones en una actividad a la vez.

**SUGERENCIAS Y CONDUCTA A SEGUIR**

Se iniciará acompañamiento desde el área de psicología a partir de lo que se observe en su participación durante los talleres, la observación de sus rutinas, su relación intragrupal, su participación en las actividades básicas cotidianas y su expresión emocional en estas.

***elaborado por:***







# VALORACIÓN PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **Manuel Barona Polo** | | |
| **FECHA ENTREVISTA** | 9 de mayo de 2023 | | |
| **FECHA NACIMIENTO:** | **15 de agosto 1947** | **EDAD:** | **SEXO:** Masulino |

## OBSERVACIÓN GENERAL:

Don Manuel se observa activo, se desplaza por diferentes lugares, pero presenta problemas de visión, ante lo cual refiere que requiere cierto apoyo al desplazamiento.

Se observa dispuesta a participar de espacio terapéutico psicológico inicial.

## ÁREA FAMILIAR:

Ya casi se acabó su familia, refiere. Le quedan 2 hermanos y 2 hermanas que se encuentran en barranquilla y Caracas, Venezuela y uno en Cali.

Siente que lo trajo obligado una sobrina.

Lo han visitado hermano y sobrina y próximamente la cuñada.

Tuvo una hija y la perdió siendo bebé.

## FACTORES PROTECTORES:

Realiza caminatas frecuentes en el hogar.

Alimentación adecuada, según refiere. Indica que a veces duerme profundamente

## FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:

No conductas de ideación suicida.

Niega algún tipo de maltrato físico o psicológico.

**ÁREA SOCIAL:**

Se ha relacionado con algunas porcas personas del hogar.

Tuvo amistad con una persona al principio, pero ella fue cambiando y se distancio.

Indica que ha sido comerciante le ha gustado la lectura, fue taxista.

Tolera compartir por periodos de tiempo cortos el espacio y elementos didácticos con sus compañeros.

Se muestra a gusto con su entorno y con sus compañeros, observa lo que ellos van haciendo.

Se desplaza por los diferentes lugares acercándose uno a uno a la mayoría de sus compañeros, cuestiona y establece diálogos cordiales cortos y sigue desplazándose.

Siempre esta activo.

**ÁREA EMOCIONAL:**

Se ha sentido regular.

Presenta curiosidad por lo que sucede con sus compañeros.

Recibe orientación en las actividades, toma los elementos dados y se ve dispuesta para participar.

Refiere que se siente a gusto e el lugar, que es agradecida frente a su oportunidad de estar ahí.

**AREA COMUNICATIVA:**

Se da a entender, acompañándose con su lenguaje corporal y expresiones gestuales de aprobación y desaprobación.

Presenta capacidad de expresión verbal fluida y coherente.

Establece diálogos sostenidos y retinen la información que se maneja en estos espacios.

## ÁREA COGNITIVA:

Se ubica bien espacialmente, reconoce los límites espaciales

Se ubica temporalmente

No se observa dificultad para el seguimiento de instrucciones y procesamiento de la información.

Se muestra concentrado al inicio de la propuesta de actividad y durante la misma.

Requiere apoyo en actividades de exigencia cognitiva.

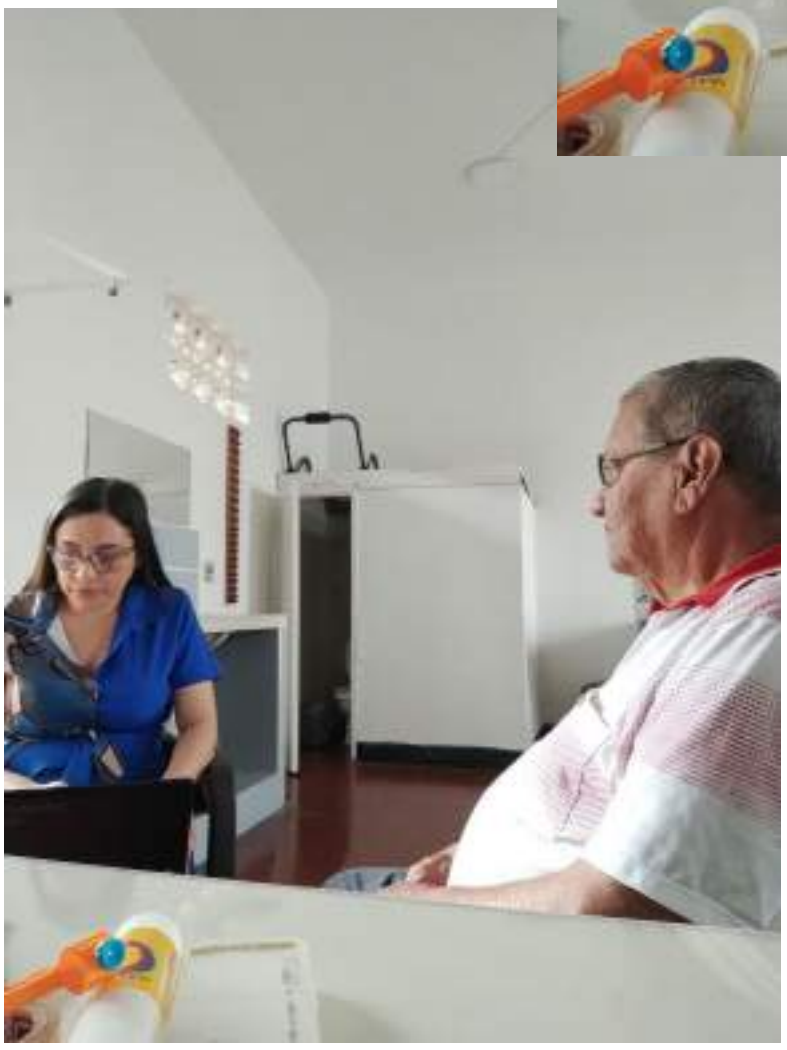
## SUGERENCIAS Y CONDUCTA A SEGUIR

Dadas la condiciones cognitivas que presenta la señora, se iniciará acompañamiento desde el área de psicología a partir de lo que se observe en su participación durante los talleres, la observación de sus rutinas, su relación intragrupal, su participación en las actividades básicas cotidianas y su expresión emocional en estas.

***elaborado por:***







# VALORACIÓN PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **Fabiola Muñoz Naranjo** | | |
| **FECHA ENTREVISTA** | 9 de mayo de 2023 | | |
| **FECHA NACIMIENTO:** | **11 de septiembre de 1937** | **EDAD:** | **SEXO:** Femenino |

## OBSERVACIÓN GENERAL:

La señora Fabiola se observa activa, se desplaza por diferentes lugares y tolera la proximidad así como la invitación a participar de las actividades.

Se observa dispuesta a participar de espacio terapéutico psicológico inicial.

Se observa que se preocupa por su aspecto físico y se le ve bien presentada. Es una señora amable y paciente.

## ÁREA FAMILIAR:

Es soltera y no tuvo hijos.

Indica que su familia está en Manizales y Palmira, primas.

No recuerda quien la rajo al Hogar, cree que una prima.

Refiere que no han venido a visitarla.

## FACTORES PROTECTORES:

Realiza caminatas frecuentes en el hogar.

Alimentación adecuada, según refiere. Indica que a veces duerme profundamente

**FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:**

No conductas de ideación suicida.

Niega algún tipo de maltrato físico o psicológico.

**ÁREA SOCIAL:**

Se ha sentido bien con sus compañeros, son muy atentos y la han tratado bien, según su discurso. También indica que son muy formales.

Tolera compartir por periodos de tiempo cortos el espacio y elementos didácticos con sus compañeros.

Se muestra a gusto con su entorno y con sus compañeros, observa lo que ellos van haciendo.

Se desplaza por los diferentes lugares acercándose uno a uno a la mayoría de sus compañeros, cuestiona y establece diálogos cordiales cortos y sigue desplazándose.

Siempre esta animada.

**ÁREA EMOCIONAL:**

A veces se siente triste, pero la mayor parte del tiempo se siente bien, según establece.

Presenta curiosidad por lo que sucede con sus compañeros, por lo que se impacienta con cierta frecuencia.

Recibe orientación en las actividades, toma los elementos dados y se ve dispuesta para participar.

Refiere que se siente a gusto e el lugar, que es agradecida frente a su oportunidad de estar ahí.

**AREA COMUNICATIVA:**

Se da a entender, acompañada de su lenguaje corporal y expresiones gestuales de aprobación y desaprobación.

## ÁREA COGNITIVA:

Se confunde con la ciudad, indica que es Buga donde se encuentra.

Reconoce algunos límites espaciales

Presenta dificultad para ubicarse temporalemente

Presenta dificultad para el seguimiento de instrucciones, puesto que presenta dificultad en la velocidad del procesamiento de la información.

Se muestra dispersa al inicio de la propuesta de actividad, pero con apoyo, logra atender y ubicarse en posición receptiva con el material dispuesto.

Requiere apoyo en actividades de exigencia cognitiva.

Sigue instrucciones en una actividad a la vez.

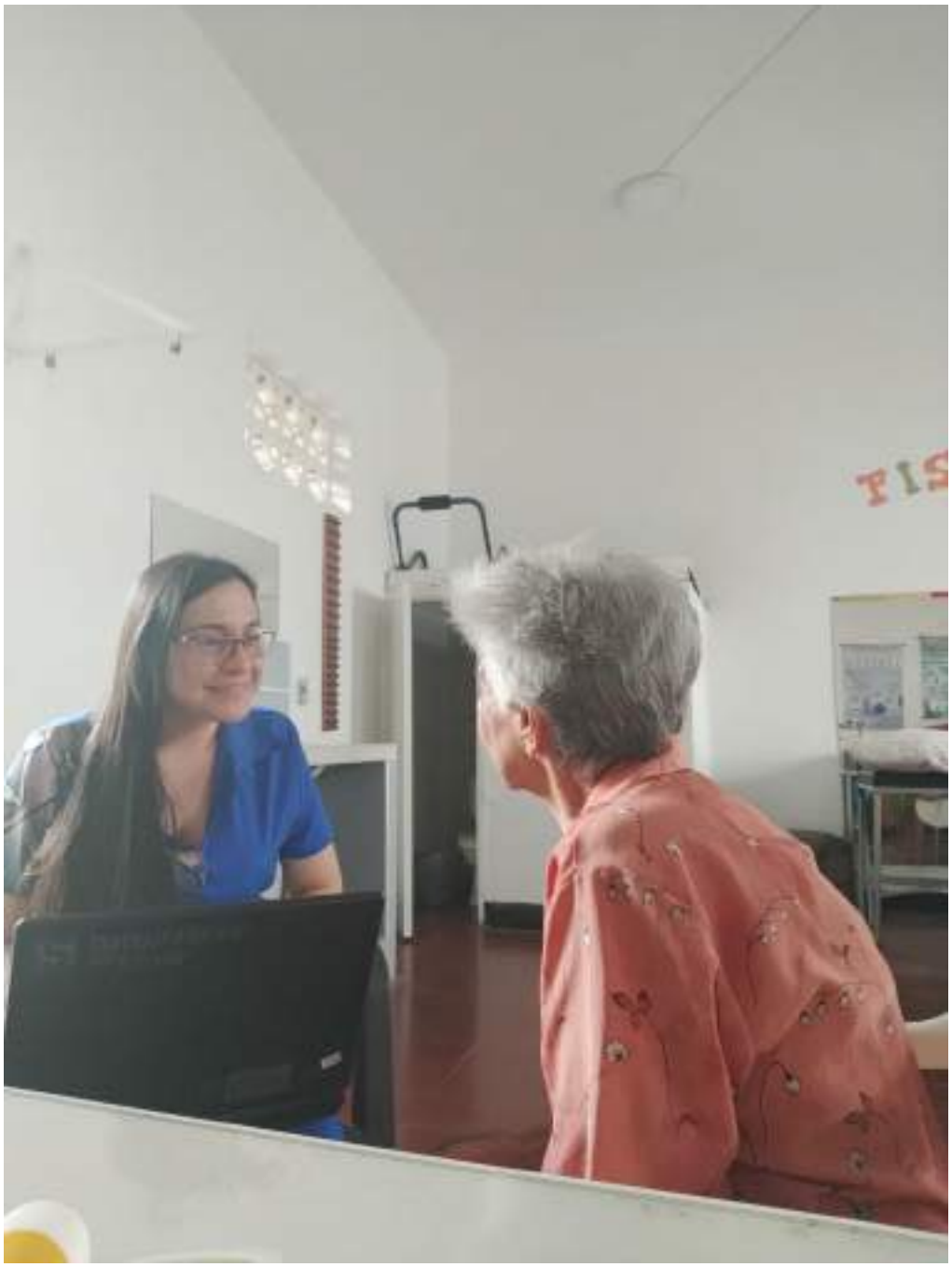
Leve deterioro en memoria, orientación, cálculo y comprensión.

## SUGERENCIAS Y CONDUCTA A SEGUIR

Dadas la condiciones cognitivas, emocionales y sociales que presenta la señora, se iniciará acompañamiento desde el área de psicología a partir de lo que se observe en su participación durante los talleres, la observación de sus rutinas, su relación intragrupal, su participación en las actividades básicas cotidianas y su expresión emocional en estas.

***elaborado por:***





# Centro de Bienestar del Anciano

# Atención psicológica individual mayo 2023



## EVOLUCION PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **LUZ ANGÉLICA SANTACRUZ CRUZ** | | |
| **FECHA ENTREVISTA** | 9 de mayo de 2023 | | |
| **FECHA NACIMIENTO:** | 31 DICEIMBRE 1926 | **EDAD:** 95 años | **SEXO:** FEMENINO |

| **OBSERVACIÓN DE RUTINAS GENERALES :** |
|---|
| Paciente que se observa dispuesta a movilizarse por los diferentes espacios con apoyo. se integra a las actividades propuestas y realiza sus rutinas de ABC. |

| **FACTORES PROTECTORES:** |
|---|
| Ciclos de sueño estables. Refiere comer en pequeñas cantidades. |

| **FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:** |
|---|
| No conductas de ideación suicida.<br>No se identifican conductas de agresividad. |

| **ÁREA SOCIAL:** |
|---|
| Admite participar y mantenerse en actividades de grupo, tolera la interacción, se muestra dispuesta a interactuar con quien se aproxime.<br><br>Muestra principal interés por participar de las actividades de tipo espiritual |

| **ÁREA EMOCIONAL:** |
|---|
| Se ha observado tranquila este mes de mayo. Se ve sonriente cuando logra un buen resultado de desempeño en las actividades propuestas.<br><br>Ha disminuido notoriamente la expresión de ideas de minusvalía y el estar afligida la mayor parte del tiempo o preocupada. |

| |
|---|
| Muestra interés y motivación para ingresar actividades que reconoce que son del área de psicología, mostrándose sonriente y agradecida por estos espacios |

| **ÁREA COMUNICATIVA:** |
|---|
| Se expresa con tono de voz bajo, solicita acercamiento, se da a entender acerca de todos sus acuerdos, desacuerdos y necesidades.<br><br>Es respetuosa y receptiva con espacio terapéutico. Participa en las actividades de grupo dando su opinión cuando se les realiza preguntas. |

| **ÁREA COGNITIVA:** |
|---|
| Logra concentrarse en las actividades y permanecer en ellas en estado de alerta.<br><br>Puede participar en actividades que implican seguimiento de instrucciones, ejecución con apoyo.<br><br>No se identifica alteración en ninguna de sus áreas.<br><br>Presenta ubicación espacial y temporal parcial, por lo que puede narrar sucesos o experiencias recientes.<br><br>. |

**OBSERVACIÓN DE EVOLUCIÓN**

Se observa estabilidad en sus diferentes áreas, así como en los niveles de participación y ejecución de sus rutinas de ABC, con apoyo.

***elaborado por:***



## EVOLUCION PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **ABSALOM CALERO** | | |
| **FECHA SEGUIMIENTO** | 9 de mayo de 2023 | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | 31 marzo 1935 | **EDAD:** 88 años | **SEXO:** masculino |

**OBSERVACIÓN DE RUTINAS GENERALES:**

Se le observa atento, tolera el acercamiento, se esfuerza por momentos por indicar que se le debe hablar en tono alto.

**ÁREA FAMILIAR:**

N/A

**FACTORES PROTECTORES:**

Alimentación estable, ciclos de sueño estables.

**FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:**

No conductas de ideación suicida.
No se identifican conductas de agresividad.

**ÁREA SOCIAL:**

Se observa en el mismo lugar la mayor parte del tiempo, aunque es receptivo y permite que se le invite a movilizarse por diferentes lugares.

Se muestra tolerante ante la proximidad de sus compañeros, permanece alerta y tolera la proximidad. Se le observa dialogar en ocasiones con diferentes compañeros que se acercan a él.

**ÁREA EMOCIONAL:**

No se observan emociones fluctuantes o de estados depresivos o melancólicos.

Permanece tranquilo en los diferentes espacios y rutinas, niega estados de irascibilidad.

**ÁREA COMUNICATIVA:**

A nivel de lenguaje se observan las mismas expresiones de dificultad para articulación y expresión, las cuales se observan estables, pero se da a entender en diferentes contextos y rutinas

Se esfuerza por escuchar.

**ÁREA COGNITIVA:**

Se identifica desorientación ante la propuesta de algunas actividades.

Atención dispersa.

Requiere apoyo para la realización de sus actividades.

**OBSERVACIÓN DE EVOLUCIÓN**

Se identifica que el señor Absalón se encuentra estable en su diferentes áreas (emocional, social, cognitiva y comunicativa)

***elaborado por:***



## EVOLUCION PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **ESNEDA SERNA** | | |
| **FECHA ENTREVISTA** | 9 de mayo de 2023 | | |
| **FECHA NACIMIENTO:** | **30 / 06 / 1933** | **EDAD:** 88 años | **SEXO:** FEMENINO |

**OBSERVACIÓN DE RUTINAS GENERALES :**

Se muestra atenta, dispuesta y colaboradora con su entorno de manera ocasional, pues por momentos se ha visto desubicada y poco conectada con los sucesos de su entorno. En ocasiones muy pensativa.

**FACTORES PROTECTORES:**

Alimentación y ciclos de sueño estables.

**FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:**

No conductas de ideación suicida.
No se identifican conductas de agresividad.

**ÁREA SOCIAL:**

En ciertas actividades se esfuerza por darse a entender y por entender lo que se dialoga con ella, debido a su dificultad auditiva.

Se muestra dispuesta a integrarse cuando se le invita a actividad grupal y se le ha visto sola en varias ocasiones.

Se desplaza por todos los lugares de hogar, busca refugio espiritual.

**ÁREA EMOCIONAL:**

Sus emociones se relacionan positivamente con su área social. Esta tranquila la mayor parte del tiempo. Refleja buen ánimo y tolerancia a las actividades e inmersión social.

| |
|---|
| Hay ocasiones en las que sí expresa cansancio y agotamiento por la demanda que realiza una de sus compañeras hacia ella. |

| **ÁREA COMUNICATIVA:** |
|---|
| Se comunica permanente, se esfuerza por darse a entender acerca de sus acuerdos, desacuerdos y necesidades básicas.<br><br>Se integra y comunica en actividades de grupo, empleando lenguaje verba. |

| **ÁREA COGNITIVA:** |
|---|
| Puede seguir instrucciones, responde de acuerdo a consigna básicas.<br><br>Logra permanecer en actividad propuesta todo el tiempo previsto, aunque pierda la atención en lo que se esta realizando. |

**OBSERVACIÓN DE EVOLUCIÓN**

Se observa estable para mayo 2023 en cuanto a la realización de las actividades y cumplimiento de rutinas que suele realizar.

***elaborado por:***



## EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **ELMER VARGAS** | | |
| **FECHA SEGUIMIENTO** | **9 DE MAYO DE 2023** | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **12 / 10 /1959** | Años<br>63 años | **SEXO:**<br>MASCULINO |

**OBSERVACIÓN DE RUTINAS GENERALES :**

Paciente tranquilo, dispuesto a participar. Se observa motivado al solicitarle que se integre con actividades grupales.

Se dispone para seguimiento terapéutico individual.

**ÁREA FAMILIAR:**

N/A

**FACTORES PROTECTORES:**

Dice que está durmiendo bien, que a veces duerme de mas. Se come todos sus alimentos, no hay estados de inapetencia.

**FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:**

No conductas de ideación suicida.
No se identifican conductas de agresividad.

**ÁREA SOCIAL:**

Se observa dispuesto a integrarse. Participa de todas de todas las actividades.

Dialoga con sus compañeros más cercanos, con las personas que trabajan en el hogar. Indica que goza de una aceptación por parte de todo el equipo que trabaja y en general ha mejorado su relación con algunos compañeros.

Se observan menos conflictos, aunque en ocasiones tiene diferencias explicitas de manera verbal con algunos de sus compañeros.

Establece contacto verbal con muchos de sus compañeros, es muy colaborador y esta en constante alerta de las necesidades de ellos, incluso de los que han llegado nuevos.

**ÁREA EMOCIONAL:**

Se observa tranquilo, motivado y sonriente ante algunas actividades.

No se evidencian episodios de melancolía durante mayo 2023.

Establece que encuentra su refugio en el área espiritual, debido a que no cuenta con familia.

Se encuentra cómodo y tranquilo en el hogar, con sus normas, compañeros y rutinas establecidas.

**ÁREA COMUNICATIVA:**

No se evidencia alguna alteración de lenguaje verbal.

Es claro y se da a entender en cuanto a todas sus rutinas y demás actividades al interior de la comunidad.

Se dirige con frecuencia a sus compañeros estableciendo diálogos sostenidos sobre diferentes temas.

Presenta una escucha activa durante el dialogo terapéutico, aunque tiende a exponer sus ideas con muchos argumentos basados en los espiritual.

**ÁREA COGNITIVA:**

Participa en actividades que implican seguimiento de instrucciones, ejecución y es independiente para ABC.

No se identifica alteración en ninguna de sus áreas.

Intenta establecer respuestas que implican exigencia cognitiva de memoria y ubicación espacial y temporal.

## OBSERVACIÓN DE EVOLUCIÓN

No se observa algún retroceso o algún desfase en sus áreas, respecto a lo que integralmente ha sido abordado anteriormente.

***elaborado por:***


DIANA LORENA SÁNCHEZ G.
Psicóloga
Reg. Srio Salud departamental 76-0348

## EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **DANIEL ALBERTO LÓPEZ** | | |
| **FECHA SEGUIMIENTO** | **9 de mayo de 2023** | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **2 DE FEBRERO DE 1954** | **EDAD:** 68 años | **SEXO:** MASCULINO |

**OBSERVACIÓN DE RUTINAS GENERALES :**

Paciente tranquilo, dispuesto a participar. Se observa motivada al solicitarle que se integre con actividades grupales.

Se dispone para seguimiento terapéutico individual.

**ÁREA FAMILIAR:**

Visitas frecuentes y salidas.

**FACTORES PROTECTORES:**

Dice que está durmiendo bien. Se come todos sus alimentos, no hay estados de inapetencia.

**FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:**

No conductas de ideación suicida.
No se identifican conductas de agresividad.

**ÁREA SOCIAL:**

Se observa dispuesto a integrarse. Participa de todas de algunas actividades.

Dialoga con sus compañeros más cercanos, con las personas que trabajan en el hogar.

No se han vuelto a observar diferencias en su convivencia, por el contrario, puede interactuar y sostener diálogos con sus compañeros antiguos como con los recientes.

| **ÁREA EMOCIONAL:** |
| --- |
| Se observa tranquilo, motivado y sonriente ante algunas actividades.<br><br>No se evidencian episodios de melancolía durante mayo 2023 |

| **ÁREA COMUNICATIVA:** |
| --- |
| No se evidencia alguna alteración de lenguaje verbal.<br><br>Es claro y se da a entender en cuanto a todas sus rutinas y demás actividades al interior de la comunidad.<br><br>Se dirige con frecuencia a sus compañeros estableciendo diálogos sostenidos sobre diferentes temas. |

| **ÁREA COGNITIVA:** |
| --- |
| El señor Daniel puede participar en actividades que implican seguimiento de instrucciones, ejecución y es independiente para ABC.<br><br>No se identifica alteración en ninguna de sus áreas.<br><br>Presenta ubicación espacial y temporal. |

**OBSERVACIÓN DE EVOLUCIÓN**

No se observa algún retroceso o algún desfase en sus áreas, respecto a lo que integralmente ha sido abordado anteriormente.

***elaborado por:***



## EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **MARÍA PALACIOS** | | |
| **FECHA ENTREVISTA** | 9 de mayo 2023 | | |
| **FECHA NACIMIENTO:** | **17 MAYO 1933** | **EDAD:** 88 años | **SEXO:** FEMENINO |

| **OBSERVACIÓN DE RUTINAS GENERALES :** |
|---|
| Se muestra atenta, dispuesta y colaboradora con su entorno. Sugiere e indica que se realice acompañamiento. |

| **ÁREA FAMILIAR:** |
|---|
| N/A |

| **FACTORES PROTECTORES:** |
|---|
| Alimentación y ciclos de sueño estables. |

| **FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:** |
|---|
| No conductas de ideación suicida.<br>No se identifican conductas de agresividad. |

| **ÁREA SOCIAL:** |
|---|
| Se muestra atenta, establece contacto visual, se esfuerza por darse a entender sobre necesidades de ABC y demanda acompañamiento.<br><br>Se muestra dispuesta a integrarse y de manera ocasional permanece sola. |

| **ÁREA EMOCIONAL:** |
|---|
| Sus emociones se relacionan positivamente con su área social. Esta tranquila la mayor parte del tiempo. Refleja buen animo y tolerancia a las actividades e inmersión social. |

| **ÁREA COMUNICATIVA:** |
| --- |
| Se comunica permanente, se esfuerza por darse a entender acerca de sus acuerdos, desacuerdos y necesidades básicas.<br><br>Se integra y comunica en actividades de grupo, empleando lenguaje corporal, señalamiento. |

| **ÁREA COGNITIVA:** |
| --- |
| Puede seguir instrucciones, responde de acuerdo a consigna básicas.<br><br>Logra concentrarse y permanecer en actividad propuesta todo el tiempo previsto.<br><br>En algunas actividades se han visto desempeños superiores a lo que se le ha soclitado realizar, por lo que se ha felicitado. |

**OBSERVACIÓN DE EVOLUCIÓN**

Es importante exaltar sus capacidades dado que la señora María siempre está motivada para realizar ejercicio propuestos y logra concentrarse y culminarlos. Es importante además poder estimular con cierta frecuencia su área cognitiva, dado que posee habilidades que se sugiere seguir explorando.

***elaborado por:***



## EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **MARGARITA RODRIGUEZ HENAO** | | |
| **FECHA SEGUIMIENTO** | **9 de mayo de 2023** | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **31 diciembre 1936** | **EDAD:** años | **SEXO:** FEMENINO |

**OBSERVACIÓN DE RUTINAS GENERALES :**

Se realiza seguimiento a través del dialogo y según lo observado por estos días, la señora Margarita esta tranquila y ha disminuido sus sentimientos de minusvalía en su expresión verbal.

**FACTORES PROTECTORES:**

Dice que está durmiendo bien, que en el día no duerme. Se come todos sus alimentos, refiere que le llamaron la atención por no comer.

**FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:**

No conductas de ideación suicida.
No se identifican conductas de agresividad.

**ÁREA SOCIAL:**

Se observa dispuesta a dialogar y escuchar.

Dialoga por cortos espacios con sus compañeros más cercanos.

Es tolerante frente a algunas actitudes de sus compañeros cercanos.

Establece f¿dialogos cortos con el personal de apoyo y cuidado.

**ÁREA EMOCIONAL:**

Se observa tranquila y establece contacto visual, expresándose cada vez que puede y cuando solicita algo.

Se ha visto mas paciente para esperar a alguna solicitud de su parte.

| |
|---|
| No se evidencian episodios de melancolía durante este mes. |

| **ÁREA COMUNICATIVA:** |
|---|
| No se evidencia alguna alteración de lenguaje verbal.<br><br>Es clara y se da a entender en cuanto a todas sus rutinas y demás actividades al interior de la comunidad. |

| **ÁREA COGNITIVA:** |
|---|
| Debido a su situación física que impide que sea desplazada a otros espacios, se propone actividad en la que se explora memoria y la señora margarita sigue teniendo facilidad para evocar recuerdos haciendo uso de su memoria retrograda. Se le dificulta seguir ciertas instrucciones y hacer uso de su memoria anterógrada.<br><br>Así mismo, se evidencia desorientación espacial y temporal. |

**OBSERVACIÓN DE EVOLUCIÓN**

se observa dispuesta a escuchar y tener interacción frente alas actividades acordes a su desempeño

***elaborado por:***



## EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **CARLOS FIDENCIO BENAVIDEZ** | | |
| **FECHA ENTREVISTA** | 23 de mayo de 2023 | | |
| **FECHA NACIMIENTO** | **12 DE MARZO 1933** | **EDAD:** 89 años | **SEXO:** Masculino |

**OBSERVACIÓN DE RUTINAS GENERALES :**

Paciente que se muestra pasivo en los diferentes espacios, actitud serena. No obstante, logra integrarse y participar durante todas las actividades que se proponen.

Se observa muy amable al momento de establecer preguntas o diálogo con el señor Carlos

**FACTORES PROTECTORES:**

Está participando de todas las actividades y con todo lo propuesto.
Participa de las actividades físicas.
Está comiendo bien, pero indica que tiene alterado por estos días el sueño.

**FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:**

No conductas de ideación suicida.
No se identifican conductas de agresividad.

**ÁREA SOCIAL:**

Puede aceptar cercanía, proximidad e integración en actividades dirigidas al grupo.

La mayor parte del tiempo se observa con su compañera sentimental, se moviliza en las diferentes actividades y espacios con ella y tolera la proximidad de sus compañeros.

**ÁREA EMOCIONAL:**

Anímicamente bien.

| |
|---|
| Muestra alegría y empatía por empezar y seguir dando continuidad a las actividades.<br><br>Muestra actitud serena y emocionalmente estable. |

| **ÁREA COMUNICATIVA:** |
|---|
| No se observa alteración o dificultad para establecer diálogo.<br><br>Lenguaje coherente. |

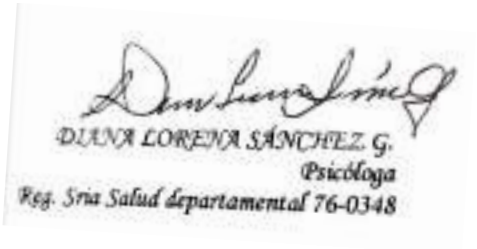
| **ÁREA COGNITIVA:** |
|---|
| Sigue instrucciones. No se evidencia alteración o deterioro alguno.<br>Presenta alerta y flexibilidad cognitiva. Es capaz de evocar y establecer asociaciones entre elementos abordados en las actividades dirigidas. |

**OBSERVACIÓN DE EVOLUCIÓN**

Participa en las actividades propuestas tanto de manera grupal como en el seguimiento individual, se muestra amable, receptivo y tolerante en los diferentes espacios de sus rutinas y en la actividades propuestas.

Es tolerante con la inmersión en las mismas.

***elaborado por:***



## EVOLUCION PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **CLARIVEL VISCAYA** | | |
| **FECHA SEGUIMIENTO** | **23 de mayo de 2023** | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **17 febrero de 1937** | **EDAD:** 85 años | **SEXO:** FEMENINO |

**OBSERVACIÓN DE RUTINAS GENERALES :**

Paciente tranquila, dispuesta a participar. Se observa motivada, aunque al solicitarle que se integre con actividades grupales, en ocasiones emite excusas para no participar.

Se dispone para seguimiento terapéutico individual.

**FACTORES PROTECTORES:**

Si se está alimentando bien, está durmiendo bien.

**FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:**

No conductas de ideación suicida.
No se identifican conductas de agresividad.

**ÁREA SOCIAL:**

Con sus compañeros ha logrado una relación adecuada, se siente cómoda según refiere.

No participa de algunas actividades de esparcimiento.

Establece diálogo con algunos compañeros de su preferencia y se observa que disocia con frecuencia por su discurso espiritual.

Se ha visto integrarse con diferentes compañeros y gozar de su aceptación, así como compartir en diferentes espacios, sin embargo, en algunos momentos, se le ha visto preferir quedarse en su habitación.

| **ÁREA EMOCIONAL:** |
| --- |
| Se observa tranquila, motivada y sonriente ante algunos momentos.<br><br>En su discurso no se identifican episodios de tristeza ni melancolía. |

| **ÁREA COMUNICATIVA:** |
| --- |
| No se evidencia alguna alteración de lenguaje verbal.<br><br>Es clara y se da a entender en cuanto a todas sus rutinas y demás actividades al interior de la comunidad. |

| **ÁREA COGNITIVA:** |
| --- |
| La usuaria puede participar en actividades que implican seguimiento de instrucciones, ejecución con apoyo parcial y es independiente para ABC. Su participación es por cortos periodos.<br><br>No se identifica alteración.<br><br>En su discurso alude a dolencias de rodillas y pies. |

**OBSERVACIÓN DE EVOLUCIÓN**

No se observa alguna retroceso o algún desfase en sus áreas, integralmente abordadas en sesiones anteriores.

***elaborado por:***



## EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **MARÍA ALEJANDRINA MARTÍNEZ VILLOTA** | | |
| **FECHA ENTREVISTA** | 23 de mayo de 2023 | | |
| **FECHA NACIMIENTO:** | **10 ENERO 1936** | **EDAD:** 85 Años | **SEXO:** FEMENINO |

**OBSERVACIÓN DE RUTINAS GENERALES :**

Se integra de manera parcial las actividad grupales. Para propuesta de actividad individual o de exigencia cognitiva se muestra reacia.

Se le observa compartir con algunos compañeros en sus rutinas, realiza ABC de manera independiente.

**FACTORES PROTECTORES:**

Consumo de alimentación adecuado, no se identifica inapetencia, niega alteración del sueño.

**FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:**

No conductas de ideación suicida.
No se identifican conductas de agresividad.

**ÁREA SOCIAL:**

En ocasiones se integra y dialoga con sus compañeros y personal de cuidado, haciendo su esfuerzo por darse a entender.

Se muestra en apatía y rechazo ante algunas actividades, pero después, logra integrarse. Permanece alerta a su entorno inmediato.

Se ha observado ciertas diferencias como discusiones con algunos compañeros en ocasiones.

**ÁREA EMOCIONAL:**

Lenguaje corporal y gestual que alberga desanimo, en ocasiones apatía y desinterés.

Muestra actitud serena y emocionalmente estable.

Su vocabulario alberga ideación melancólica y realiza interpretaciones negativas de lo que ocurre y de lo que va a ocurrir.

En ocasiones rechaza el aliento de su terapeuta o compañeros cuando le proponen una visión mas optimista.

**ÁREA COMUNICATIVA:**

No hay evidencia a nivel de su área expresiva verbal o gestual. Se da a entender de manera fluida y coherente.

**ÁREA COGNITIVA:**

Independiente para ABC, sin alteración.

Dificultad en memoria a corto y mediano plazo. No ubicación espacio temporal. Se niega a practicar ejercicios con apoyo para fortalecimiento de la atención y percepción visual.

**OBSERVACION DE EVOLUCIÓN**

Establece diálogos cortos y voluntarios, teniendo proximidad por espacios de tiempo muy cortos, con terapeuta y personal de cuidado.

***elaborado por:***



## EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **MANUEL CARLOS HERNANDEZ DAVID** | | |
| **FECHA ENTREVISTA** | 16 DE SEPTIEMBRE 2022 | | |
| Fecha na | **19 E OCTUBRE DE 1932** | **EDAD:** 89 Años | **SEXO:** Masculino |

| **OBSERVACIÓN DE RUTINAS GENERALES :** |
|---|
| Paciente que se encuentra muy atento a los llamados de psicología, esta alerta con lo que sucede y las actividades que competen a sus compañeros y las que lo involucran a él. . |

| **FACTORES PROTECTORES:** |
|---|
| Muestra interés, participa de todas las actividades y se integra con los compañeros.<br>No se evidencia inapetencia o alteración en sus ciclos de sueño |

.

| **FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:** |
|---|
| No conductas de ideación suicida.<br>No se identifican conductas de agresividad. |

| **ÁREA SOCIAL:** |
|---|
| Permanece en movimiento, alerta, atento, su actitud es amable, aunque en ocasiones se le ve tener diferencias con algunos compañeros.<br><br>Se moviliza de manera independiente por los diferentes espacios de la institución, muestra tolerancia para integrarse y permanecer por periodos de tiempo prolongado en las actividades. |

Se esfuerza por tener contacto verbal, comunicarse, integrarse y dar a conocer sus necesidades.

No se observa alteración en este mes en esta área.

**ÁREA COMUNICATIVA:**

Se esfuerza por darse a entender.
Se observa demandante de escucha y atención con frecuencia.

**ÁREA COGNITIVA:**

Tiene seguimiento de consignas básicas. Participa y ejecuta actividades que implican respuestas rápidas y sostenidas, a través de la utilización de elementos didácticos.

En actividades grupales, se involucra y puede imitar el modelo a seguir.

**OBSERVACION DE EVOLUCIÓN**

Durante mayo 2023, no se evidencia alteración en alguna de su áreas.

No se evidencia alteración al momento de comunicar sus sentimientos, puntos de vista de aprobación y desaprobación y busca expresar los sucesos de su alrededor.

***elaborado por:***



## EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **Luis Carlos Vidal** | | |
| **FECHA SEGUIMIENTO** | 23 de mayo de 2023 | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | 30 enero 1937 | **EDAD:** 85 años | **SEXO:** masculino |

| **OBSERVACIÓN DE RUTINAS GENERALES:** |
|---|
| Paciente que se muestra atento a su entorno, permite la proximidad de sus compañeros. Sin embargo, se ha mostrado más desinteresado en participar de las actividades propuestas y un poco evitativo. |

| **ÁREA FAMILIAR:** |
|---|
| N/A |

| **FACTORES PROTECTORES:** |
|---|
| Alimentación estable, participa parcialmente en las actividades que propenden por su bienestar y rutinas saludables. |

| **FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:** |
|---|
| No conductas de ideación suicida.<br>No se identifican conductas de agresividad. |

| **ÁREA SOCIAL:** |
|---|
| Durante mayo 2023 se ha mostrado más distante de la propuesta de actividades grupales, pero no se observa ninguna alteración a nivel de su relación intragrupal o la manera como se dispone en los espacios de esparcimiento. |

| **ÁREA EMOCIONAL:** |
|---|
| No se observan emociones fluctuantes o de estados depresivos o melancólicos. |

| **ÁREA COMUNICATIVA:** |
| --- |
| Dificultad en la expresión y articulación verbal.<br><br>Expresa dificultad auditiva, por momentos se esfuerza por escuchar. |

| **ÁREA COGNITIVA:** |
| --- |
| Se identifica seguimiento ante la propuesta de algunas actividades.<br><br>Atención parcial.<br><br>Requiere apoyo en actividad de exigencia cognitiva. |

**OBSERVACIÓN DE EVOLUCIÓN**

Se identifica que el señor Luis Carlos se encuentra siempre alerta con su entorno y puede realizar sus actividades de ABC sin ningún inconveniente, auqnue requiere apoo parcial en la realización de algunas. Estable en sus diferentes áreas.

***elaborado por:***



## EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:** | **FLOR MARIA PEREA** | | |
| **FECHA ENTREVISTA** | 23 de mayo de 2023 | | |
| FECHA NACIMIENTO: | **8 OCTUBRE 1946** | **EDAD:** 75 años | **SEXO:** FEMENINO |

| **OBSERVACIÓN DE RUTINAS GENERALES :** |
|---|
| La señora Flor responde con receptividad cuando se le indica que participe en actividades. Permanentemente esta emitiendo opiniones, participa y disfruta la actividad grupal. También muestra interés al proponerle espacio psicológico individual. |

| **FACTORES PROTECTORES:** |
|---|
| Ciclos de sueño estables. Alimentación estable sin excesos o inapetencia. |

| **FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL:** |
|---|
| No conductas de ideación suicida.<br>No se identifican conductas de agresividad. |

| **ÁREA SOCIAL:** |
|---|
| Muestra interés en el diálogo con algunos compañeros, esta en interacción social y disfruta de la compañía de algunos de sus compañeros.<br><br>Cuestiona con frecuencia opiniones y cuando escucha que sus compañeros hablan mucho, le molesta el ruido.<br><br>Puede compartir material, fichas didácticas e intercambiar elementos durante la realización de algunas actividades, así como intercambiar opiniones. |

| **ÁREA EMOCIONAL:** |
|---|

No se evidencian estados depresivos ni melancólicos.

Sus emociones pueden variar de la alegría a la sorpresa o a la molestia.

Es muy amable al interactuar y disfruta de las actividades.

Se le ha visto sonriente en algunas ocasiones.

**ÁREA COMUNICATIVA:**

Se da a entender. Transmite sentimientos, se preocupa por preguntar al otro como se siente. No hay indicios de deterioro en articulación o expresión verbal.

**ÁREA COGNITIVA:**

No hay ninguna alteración en relación a sus habilidades básicas y/o superiores.

Su vocabulario y discurso son acordes y alusivos a sucesos de su vida cotidiana y a los sucesos de su alrededor.

Se encuentra en estado de alerta cognitiva.

Presenta cierta flexibilidad cognitiva.

**OBSERVACIÓN DE EVOLUCIÓN**

Se observa estabilidad en sus diferentes áreas, así como en los niveles de participación y ejecución de sus rutinas de ABC, con apoyo.

***elaborado por:***



Centro de Bienestar del Anciano

# Talleres grupales mayo 2023



# ACTIVIDAD GRUPAL

**FECHA: MARTES 9 DE MAYO 2023**
**EN ESTA FECHA SE REALIZA ACTIVIDAD CON EL GRUPO DE PERSONAS QUE NO PRESENTAN NINGUNA DIFICULTAD SENSORIAL O COGNITIVA**

**Objetivo:**

Promover estimulación sensorial y auditiva, a través de herramientas didácticas con las que deben interactuar y compartir.

**Metodología:**

En esta actividad los usuarios deben seguir la estimulación auditiva e ir identificando los sonidos que se van colocando, para lo que se sugiere tocar unas manos hechas en cartulina, que poseen unos punticos que crean estimulación perceptiva con las manos y están dispuestas en las mesas.

La indicación consiste en establecer un color que se asocia con una de las manos.
De este modo, si se indica que es color rojo, deben pasar su mano derecha por la mano derecha puesta en la mesa si se indica color verde, deben pasar la mano izquierda por la mano izquierda de la mesa.

En este ejercicio se agrega un grado de dificultad y es que los participantes deben sostener un pelota pequeña con una de sus manos y con la otra seguir la indicación dada verbalmente. Se genera intercambio de manos.
Seguidamente, deben entregar la pelota a uno de sus compañeros y de este modo, ha aumentado la complejidad del ejercicio.

Luego, se utiliza una pelota grande para que se la pasen de un usuario a otro y al finalizar la actividad los participantes proponen extender el juego con la pelota grande.

**Recursos:**

Salón cubierto.
Sillas
Mesas
Un par de manos con huequitos por participante
Pelota pequeña por participante
Una pelota grande para todo el grupo

**Hallazgos relevantes durante la actividad:**

- ✓ Para los participantes la actividad resulta entretenida y logran tener buen seguimiento durante la misma.
- ✓ Hubo estimulación auditiva, sensorial y se generaron vínculos de acercamiento a nivel grupal.
- ✓ La actividad se desarrolla con el propósito de estimular el área aditiva y la concentración y a la vez es una práctica que demanda atención sostenida.
- ✓ Se identifica atención, seguimiento y disposición frente a la actividad, de tal manera que los participantes propusieron el juego libre por un tiempo prolongado, empelando la pelota.
- ✓ Se fomentó la participación, la interacción y la comunicación social en el grupo.








































CENTRO













# ACTIVIDAD GRUPAL

**Fecha: MARTES 23 DE MAYO 2023**

**EN ESTA FECHA SE REALIZA ACTIVIDAD CON EL GRUPO DE PERSONAS PESENTAN DISCAPACIDAD VISUAL.**

**Objetivo:**

Promover estimulación sensorial y auditiva en población con discapacidad visual, a través de herramientas didácticas con las que deben interactuar y compartir.

**Metodología:**

Se inicia indicando a los usuarios que deben seguir la estimulación auditiva e ir identificando los sonidos que se van colocando. De este modo, se sugiere escuchar activamente, la indicación para asi tocar unas manos hechas en cartulina, que poseen unos punticos que crean estimulación perceptiva con las manos.

La indicación consiste en establecer un color que se asocia con una de las manos.
De este modo, si se indica que es color rojo, deben pasar su mano derecha por la mano derecha puesta en la mesa si se indica color verde, deben pasar la mano izquierda por la mano izquierda de la mesa.

En este ejercicio se agrega un grado de dificultad y es que los participantes deben sostener un pelota pequeña con una de sus manos y con la otra seguir la indicación dada verbalmente. Se genera intercambio de manos.
Seguidamente, deben entregar la pelota a uno de sus compañeros y de este modo, ha aumentado la complejidad del ejercicio.

Finalmente, se le pide a los participantes que entreguen la pelota pequeña y se entreguen hacia la derecha y hacia la izquierda una pelota grande, siguiendo la instrucción.

**Recursos:**

Salón cubierto.

Sillas
Mesas
Un par de manos con huequitos por participante
Pelota pequeña por participante
Una pelota grande para todo el grupo

**hallazgos relevantes durante la actividad:**

- ✓ Los participantes lograron acatar la instrucción y mantener su atención en las indicaciones auditivas.
- ✓ La actividad se desarrolla con el propósito de estimular el área aditiva y a la vez es una práctica que demanda atención.
- ✓ Se estimula a nivel sensorial
- ✓ Los sonidos utilizados para el ejercicio fueron identificados claramente por los usuarios
- ✓ Se identifica atención, seguimiento y disposición frente a la actividad.




SEGURO






ASIOTERAPIA














TERAPIA





































# 5.
# PORTADA ATENCIO EN SALUD

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca





# Actividades.

El profesional de enfermería debe tener en cuenta al momento de seguir la ruta integral de promoción y prevención, el conjunto de acciones coordinadas para garantizar el derecho a la salud, mediante la aplicación de las políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. A fin de aportar de manera efectiva a la garantía del derecho a la salud, al aumento de la satisfacción de los sujetos de atención y a la optimización del uso de los recursos.

Lo anterior, exige que todos los agentes del Sistema de Salud orienten su gestión y generación de mecanismos de atención, procesos, acciones que fomenten el autocuidado y el acceso a los servicios de salud.

La gestión de la Ruta Integral de Atención para Promoción y Mantenimiento de La Salud del Adulto Mayor comprende tres niveles:

- **NIVEL ESTRATEGICO**

En el nivel estratégico ejerce la función rectora bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria en los diferentes niveles territoriales. Se realiza el análisis de situación de salud y la caracterización de la población. A nivel estratégico la operación se orienta por cuatro elementos centrales: sujetos, el territorio, los entornos como escenarios de transformación social y orientación por resultados, a partir de los cuales se desarrollan los procesos tácticos; éstos implican modificaciones en la forma en que tradicionalmente se ha hecho tanto la gestión, como la atención de la salud.

- **NIVEL TACTICO**

En el nivel táctico se pretende que a partir de la planeación, definición de prioridades y diseño de la anterior estrategia lograr la optimización, monitoreo y evaluación de los recursos humanos, financieros, logísticos y tecnológicos que mantengan la efectiva y eficiente implementación.

El tiempo de implementación de esta estrategia con las acciones que conlleva no puede ser mayor a dos meses (corto plazo), las condiciones para su funcionamiento depende de un

plan concreto para dar inicio con la caracterización de la población y su ubicación para generar el programa de visitas domiciliarias de atención en salud.

- **NIVEL OPERATIVO**

En el nivel operativo se debe realizar la implementación de las estrategias diseñadas para el cumplimiento del objetivo de la ruta, con seguimiento permanente que permita la mejora continua del proceso. Teniendo en cuenta lo planteado en el nivel táctico, se deben desarrollar las acciones a corto plazo. Se debe garantizar la mayor cobertura de esta población, y los entes aseguradores de salud deben implementar este proceso integrado a su sistema de atención, de tal forma que se ejecute la atención del adulto mayor en su domicilio.

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI – SECCIONAL PALMIRA**
**PRÁCTICA PROFESIONAL VI: FISIOTERAPIA COMUNITARIA**
**2023A SEGUNDO MOMENTO**
**PROGRAMA: ATENCIÓN PACIENTES ASILO**

**Responsables:** Daniela Usuga-Natalia Pastrana-Lizeth Taborda
**Fecha:** 10/04/2023 **Revisado:**

GIMNASIA CEREBRAL

**OBJETIVO GENERAL: Promover la salud mental en la población adulto mayor del asilo El Mendigo del municipio de Palmira, a través de actividades que involucran la gimnasia cerebral**

| OBJETIVO ESPECÍFICO | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | GRÁFICA | DURACIÓN/FECHA | INSUMOS |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

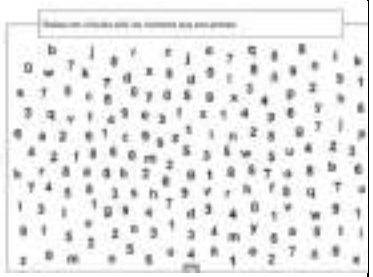
**PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO**

**OBJETIVO GENERAL: Desarrollar actividades que permiten mantener el aspecto cognitivo en los adultos mayores con base a una adecuada prescripción del ejercicio en todas sus fases, en la jornada de la tarde en el asilo.**

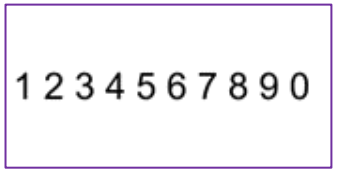
**FASE DE CALENTAMIENTO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| -Activar mecanismos de control de la ejecución del movimiento | Los participantes en bípedo deberán caminar dentro del espacio dándole vueltas. Con música de fondo, Mientras le dan vuelta al salón realizaran movimientos con una pelota: Elevación de hombro (con excepción de las personas que no puedan hacerlo o tengan bastón), y movimientos articulares<br><br>**Adivina tu cuerpo:** Los participantes se pondrán en posición bípeda, el fisioterapeuta se pondrá de frente de ellos, y les daremos un | <br> | 10/04/2023<br>6 minutos<br><br>2 series de 8 a 15 repeticiones (movimientos con la pelota)<br><br>3 minutos | • Comando verbal<br>• Pelota<br>• Parlante para música |

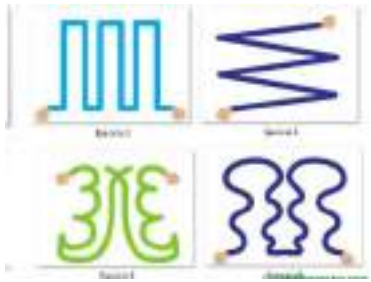
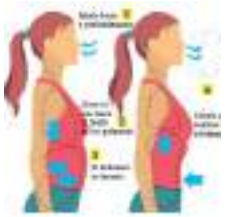
**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI – SECCIONAL PALMIRA**
**PRÁCTICA PROFESIONAL VI: FISIOTERAPIA COMUNITARIA**
**2023A SEGUNDO MOMENTO**
**PROGRAMA: ATENCIÓN PACIENTES ASILO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | comando verbal el cual será, señalar con sus manos la parte del cuerpo mencionada en voz alta por el fisioterapeuta mientras el señalará otra parte de su cuerpo. Poco a poco se ira nombrando cada parte del cuerpo más rápido. | | . | |
| **FASE CENTRAL** | | | | |
| Explicar actividades de relación a la atención cognición y memoria | 1-Sentado en frente tendrá una mesa y en ella habrá una hoja con unos numero y al lado unas fichas de dominó, tendrá que mirar que números hay en las hojas y poner encima de ella la ficha de domino que diga la misma cantidad. Lo cual tendrá que contar los puntos que tiene las fichas<br><br>.<br>2-Los participantes estarán en posición bípeda o sedente según sea el caso se le dará una lámina la cual hay una combinación de letras y números en la cual deberán señalar con un color solamente los números. | <br> | 40 minutos total<br><br>6minutos<br><br>6 minutos | - Fichas de domino<br>- Papel con imagen de numero<br>- Imagen de la habitación<br>- 4 hojas con las figuras de caminos |

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI – SECCIONAL PALMIRA**
**PRÁCTICA PROFESIONAL VI: FISIOTERAPIA COMUNITARIA**
**2023A SEGUNDO MOMENTO**
**PROGRAMA: ATENCIÓN PACIENTES ASILO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 3-A cada participante se le mostrará una hoja la cual tendrá un dibujo como lo muestra la imagen, tendrán que observarla por 10 segundos. Luego se le harán unas preguntas de acuerdo con lo que vio |  | 6 minutos | |
| | 4-En una mesa habrá en cuadros recortados con los números de 0 al 9, cada practicante tendrá que armar el numero de 4 o 5 dígitos que la fisio le diga |  | 6 minutos | |
| | 5-A cada participante se le pedirá que diga una palabra con una letra especifica ej (A), **Á**rbo**l**; ahora se le pedirá que diga una palabra que inicie con ultima letra que dijo, ej : **L**angosta.<br><br>Se repite este ejercicio hasta que haya dicho **5 palabras**<br><br>Luego se le pedirá que reste de 3 en 3 desde 20. Y finalmente se le pide que diga las 5 palabras que dijo anteriormente | <br><br>20 - 3= 18<br>18 - 3= 15<br>Y así sucesivamente | 10 minutos | |

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI – SECCIONAL PALMIRA**
**PRÁCTICA PROFESIONAL VI: FISIOTERAPIA COMUNITARIA**
**2023A SEGUNDO MOMENTO**
**PROGRAMA: ATENCIÓN PACIENTES ASILO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 6- De pie o sentados, encima de la mesa habrá 4 hojas con unas figuras, las cuales deberán seguir con el dedo índice. En los puntos de inicio de las figuras es donde arrancan. El dedo índice derecho a un lado y el izquierdo en el otro extremo, hasta que se cruzan y devolverse. |  | 6 minutos | |
| **FASE DE ENFRIAMIENTO** | | | | |
| Regresar al estado basal en que se encontraba antes de -Realizar expansión torácica, para volver a los valores normales. | **ejercicios respiratorios**<br>El adulto mayor, en un solo puesto, a la hora de recibir la orden, tomar aire profundo por la nariz, y finalmente exhalar suave por la boca frunciendo los labios, mientras abrimos y cerramos los brazos<br><br>-En sedente, inclinar el cuello y la cabeza adelante y sostener con las manos atrás de la cabeza, sostener y luego llevar el cuello hacia atrás.<br><br>-En sedente con los hombros relajados.<br>Extender los brazos hacia adelante a la altura del hombro, agarrar una mano con la otra y | <br><br> | 10 minutos total<br><br>3 veces a tolerancia.<br><br>Mantener la posición 15 segundos<br><br>Mantener posición 15 segundos | Comando verbal<br>Sillas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | empuje hacia afuera mientras tira de la espalda y los hombros hacia adelante.<br><br>-En sedente con los hombros relajados.<br>Tire de los brazos extendidos hacia atrás mientras agarra una mano, manteniendo ambas manos hacia abajo cerca de las nalgas. Tire de los hombros hacia atrás y mantenga<br><br>-En sedente se elevara el brazo hacia arriba y hacia el lado y posteriormente se alterna con el otro brazo.<br><br>-En sedente, se le pide que extienda las rodillas e intentarán tocarse la punta de los pies sosteniendo esa posición | <br><br> | Mantener 15 segundos<br><br>Mantener 15 segundos por cada lado<br><br>Mantener 15 segundos | |

**BIBLIOGRAFIAS**

- Andrés Sardinero Peña. Estimulación cognitiva para adultos. Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/07/muestra.pdf(Fiapam.org. . Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/07/muestra.pdf)

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI – SECCIONAL PALMIRA**
**PRÁCTICA PROFESIONAL VI: FISIOTERAPIA COMUNITARIA**
**2023A SEGUNDO MOMENTO**
**PROGRAMA: ATENCIÓN PACIENTES ASILO**

| |
|---|
| |
| **OBSERVACIONES:** |

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI – SECCIONAL PALMIRA**
**PRÁCTICA PROFESIONAL VI: FISIOTERAPIA COMUNITARIA**
**2023A SEGUNDO MOMENTO**
**PROGRAMA:**

**Responsables:** Natalia Pastrana. Daniela Usuga, Lizeth Taborda
**Fecha:** 18 de mayo de 2023 **Revisado:** Arquimedes Gurrute

| OBJETIVO ESPECÍFICO | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | GRÁFICA | DURACIÓN/FECHA | INSUMOS |
|---|---|---|---|---|
| **PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO** | | | | |
| **OBJETIVO GENERAL: fomentar las actividades por medio de las actividades físicas con el fin de mantener o aumentar la destreza fisica y movilidad en los adultos mayores** | | | | |
| **FASE DE CALENTAMIENTO** | | | | |
| Preparar el organismo para el ejercicio previo | Los adultos mayores se ubicarán frente a frente sentados y se lanzarán una pelota pequeña<br><br>Los adultos mayores ubicados frente a frete en unas sillas, realizarán movimientos articulares, en miembros superiores e inferiores | <br> | 10 minutos | Comando verbal<br>Pelotas pequeñas<br>Sillas |
| **FASE CENTRAL** | | | | |

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI – SECCIONAL PALMIRA**
**PRÁCTICA PROFESIONAL VI: FISIOTERAPIA COMUNITARIA**
**2023A SEGUNDO MOMENTO**
**PROGRAMA:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Los participantes de ubicarán de pie frente a la mesa y lanzara una pelota en dirección a los vasos en forma de pirámide para tumbarlos todos |  | 30 minutos | Pelota<br>Mesas<br>Vasos plasticos |

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI – SECCIONAL PALMIRA**
**PRÁCTICA PROFESIONAL VI: FISIOTERAPIA COMUNITARIA**
**2023A SEGUNDO MOMENTO**
**PROGRAMA:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Los participantes se ubicarán sentados en circulo se pasarán una bomba con ayuda de los brazos sin utilizar las manos |  | | Globos<br>Comando verbal |

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI – SECCIONAL PALMIRA**
**PRÁCTICA PROFESIONAL VI: FISIOTERAPIA COMUNITARIA**
**2023A SEGUNDO MOMENTO**
**PROGRAMA:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Los participantes se ubicarán sentados frente a la una hilera de papel periódico que al final tendrá encima unas botellas plásticas con agua dentro para mas dificultad y deberán con la punta de los pies empujar el periódico hasta hacia ellos hasta que el la botella llegue. Se hara en parejas, la persona que traiga la botella más rápido gana |  | | Botella plastica<br>Papel periódico<br>Sillas |
| | Los participantes deberán llevar una pelota pequeña en medio de dos tubos de papel higiénico sin dejarlo caer, ida y regreso |  | | Tubos de papel higiénico<br>Pelota pequeña<br>Comando verbal |

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI – SECCIONAL PALMIRA**
**PRÁCTICA PROFESIONAL VI: FISIOTERAPIA COMUNITARIA**
**2023A SEGUNDO MOMENTO**
**PROGRAMA:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Los usuarios deberán estar dentro de un aro, con otro aro al lado y con ayuda de un palo o bastón correr el aro hacia el otro lado, para ir pasándose, hasta llegar al otro extremo |  | | Bastón<br>Aros<br>Comando verbal |
| | Los usuarios se ubicaran de pie dentro de un aro de determinado color, de acuerdo al color que el fisioterapeuta le muestre |  | | Comando verbal<br>Aros |
| **FASE DE ENFRIAMIENTO** | | | | |
| | | | | |

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI – SECCIONAL PALMIRA**
**PRÁCTICA PROFESIONAL VI: FISIOTERAPIA COMUNITARIA**
**2023A SEGUNDO MOMENTO**
**PROGRAMA:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Normalizar las funciones orgánicas posterior al ejercicio o actividad física | Los participantes entrelazaran con la mano tomará el extremo de la cabeza y realizará una inclinación<br><br>Los participantes deberán alzar el brazo en inclinar el tronco hacia un lado, cambiando de lado | <br><br> | 15 segundos por cada lado<br><br>15 segundos por cada lado | |

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI – SECCIONAL PALMIRA**
**PRÁCTICA PROFESIONAL VI: FISIOTERAPIA COMUNITARIA**
**2023A SEGUNDO MOMENTO**
**PROGRAMA:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Los participantes llevarán el brazo hacia un lado sostenido del brazo contrario, para estiramiento de triceps |  | 15 segundos por cada lado | |
| | Los participantes en sedente deberán extender el miembro inferior apoyado en otra silla y tocar la punta de los pie |  | 15 segundos por cada lado | |


**BIBLIOGRAFIA:**

- Cuideo®. Juegos fisicos para ejercitar y divertir a las personas mayores [Internet]. Cuideo® | Cuidado de personas mayores y ancianos a domicilio. Cuideo®; 2020 [citado el 9 de abril de 2023]. Disponible en: https://cuideo.com/blog/juegos-fisicos-

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI – SECCIONAL PALMIRA**
**PRÁCTICA PROFESIONAL VI: FISIOTERAPIA COMUNITARIA**
**2023A SEGUNDO MOMENTO**
**PROGRAMA:**


- Coliseo. Juegos con pelotas para mayores [Internet]. Coliseo. Coliseo; 2022 [citado el 9 de abril de 2023]. Disponible en: https://colisee.es/blog/juegos-con-pelotas-para-mayores/


**OBSERVACIONES:**



# Centro de Bienestar del Anciano

Casa del Mendigo Palmira

Nit: 800.107.454-3

## Fisioterapia Asistida











Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano

Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Cuidados de higiene y personal









Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano

Casa del Mendigo Palmira

Nit: 800.107.454-3





Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano

Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Tomas de signos vitales.









Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

# HISTORIAS CLINICAS

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 10:31 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38015

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 76 Años 6 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 31131155 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1946-10-08
**Nombres:** FLOR MARIA **Dirección:** HOGAR GERIATRICO CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2829954 - 3136136803
**Apellidos:** PEREA

**Tipo de Consulta:** Presencial

## ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 76 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE

1. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR
2. ULCERA CRONICA EN PIERNA DERECHA DE ORIGEN VASCULAR DE LARGA DATA

PACIENTE CON MOVILIDAD REDUCIDA, QUIEN CUENTA CON SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN MANEJO CON CURACIONES POR TERAPIA ENTEROSTOMAL 2 VECES POR SEMANA.

S: CUIDADOR (DANI ESCOBAR) REFIERE VER A LA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REFIERE CUADRO CLINICO DE DOLOR EN HEMIABDOMEN INFERIOR, PARESIA DE MIEMBROS INFERIORES Y XEROFTALMIA. HA CURSADO ASINTOMÁTICA CARDIOVASCULAR APARENTEMENTE, CON DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES, BUENA TOLERANCIA A LA VÍA ORAL, BUEN PATRÓN DE SUEÑO.
REFIERE MEJORÍA PROGRESIVA DE LESIÓN CON CURACIONES POR TERAPIA ENTEROSTOMAL, NO HA PRESENTADO CAMBIOS INFLAMATORIOS NI OTRAS ALTERACIONES RELACIONADAS CON HERIDA.
NIEGA NUEVAS LESIONES EN LA PIEL, NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS RESPIRATORIOS NI GASTROINTESTINALES, NO FIEBRE, NO REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA A SERVICIO DE URGENCIAS.
TIENE PENDIENTE TOMA DE ESTUDIOS SOLICITADOS EN CONTROL PREVIO, ADEMÁS VALORACIÓN POR CIRUGÍA VASCULAR, ÓRDENES MÉDICAS VENCIDAS, NO APORTAN OTRA INFORMACION A CERCA DEL TRAMITE DE LAS MISMAS.

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

## REVISION POR SISTEMAS

| | | |
|---|---|---|
| **General:** NO REFIERE | **Cardiovascular:** NO REFIERE | **Respiratorio:** NO REFIERE |
| **Gastrointestinal:** NO REFIERE | **Genitourinario:** NO REFIERE | **Neurosensorial:** NO REFIERE |
| **Endocrino:** NO REFIERE | **Locomotor:** NO REFIERE | **Piel y anexos:** NO REFIERE |
| **Ginecológico:** NO REFIERE | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Neonatal/Infancia** | **Tóxicos** | **Traumáticos** |
| **Patológicos** 1. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR 2. ULCERA CRONICA EN PIERNA DERECHA DE ORIGEN VASCULAR DE LARGA DATA | **Quirúrgicos** | **Medicamentos** |
| **Antecedentes sociodemográficos** | **Alérgicos** - | **Otros** |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | |
|---|---|---|
| **Cancer** | **Diabetes** | **Hipertensión** |
| **Enf.Coronaria** | **Psiquiatricos** | **Epilepsia** |
| **Asma** | **Tuberculosis** | **Otros** |

## BARTHEL

| | | |
|---|---|---|
| **Comer** 5 - Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. | **Trasladarse** 10 - Necesita algo de ayuda (una pequena ayuda fisica o verbal) | **Aseo** 5 - Independiente para lavarse cara, manos y dientes |
| **Retrete** 5 - Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo | **Ducharse** 5 - Independiente para bañarse o ducharse | **Desplazarse** 10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o verbal) |
| **Escaleras** 0 - Incapaz | **Ducharse** 5 - Independiente para bañarse o ducharse | **Desplazarse** 10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o verbal) |

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 10:31 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38015

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 76 Años 6 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 31131155 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1946-10-08
**Nombres:** FLOR MARIA **Dirección:** HOGAR GERIATRICO CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2829954 - 3136136803
**Apellidos:** PEREA

**Tipo de Consulta:** Presencial

| **Vestirse** | **Heces** | **Orina** |
|---|---|---|
| 5 - Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda | 10 - Continente | 10 - Continente, durante al menos 7 dias |

**Interpretación:** DEPENDENCIA MODERADA

## EXAMEN FÍSICO

| **Impresión General:** | **Glasgow:** | **Etapa Dismovilidad:** | **Sub Etapa:** |
|---|---|---|---|
| BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR | 15/15 | 3 | A |

| **TA:** 120/85 | **FC:** 76 | **FR:** 16 | **SAT/O2:** 96% | **Talla:** 157 | **Peso:** 60.00 | **IMC:** 24.34 | Peso Normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Cabeza y cuello:** NORMOCEFALA SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NO INGURGITACION YUGULAR | **Estado Mental:** ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS | **Organo de los sentidos:** ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS NORMORREACTIVAS, CONJUNTIVAS ROSADAS. MUCOSA ORAL HÚMEDA |
| **Torax:** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. RUIDOS PULMONARES PRESENTES SIN SOBREAGREGADOS, NO RETRACCIONES | **Abdomen:** BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO POSITIVO | **Columna vertebral:** CIFOSIS DORSAL |
| **Genito Urinario:** NO SE EXAMINA | **Extremidades:** SIMÉTRICAS, CON EDEMA GRADO II DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO, LLENADO CAPILAR NORMAL, PULSOS DE ADECUADA INTENSIDAD | **Sistema Nervioso central y osteomuscular:** NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, LOGRA MARCHA A INTERVALOS LARGOS CON AYUDA EXTERNA |
| **Piel y Anexos:** ÚLCERA GRADO III DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO CUBIERTA CON VENDAJE LIMPIO SIN ESTIGMAS DE SOBREINFECCION O SANGRADO | | |

## MEDIOS INVASIVOS

| NUTRICION | URINARIO | COLOSTOMIA | PERIFERICO CENTRAL | CATETER DE DIÁLISIS | TRAQUEOSTOMIA |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) Enteral | ( ) Sondas Vesicales | ( ) Sí | ( ) Cateter venoso central (CVC) | ( ) Si | NO |
| ( ) Paraenteral | ( ) Nefrostomia | ( X ) No | ( ) Cateter central de insercción periférica (PICC) | ( X ) No | |
| ( X ) Via Oral | ( ) Cistostomia | | ( ) Cateter venoso periférico | | |
| | ( X ) N/A | | ( ) Cateter subcutaneo | | |
| | | | ( X ) N/A | | |

| ANÁLISIS | PLAN/RECOMENDACIONES |
|---|---|
| PACIENTE FEMENINA DE 76 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE<br><br>1. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR<br>2. ULCERA CRONICA EN PIERNA DERECHA DE ORIGEN VASCULAR DE LARGA DATA<br><br>PACIENTE ADULTA MAYOR CON ANTECEDENTES ANTERIORMENTE MENCIONADOS, QUIEN ACTUALMENTE CUENTA CON SERVICIO DE HOMECARE TENIENDO EN CUENTA PACIENTE INSTITUCIONALIZADA, ADEMÁS CON LESIÓN VASCULAR EN MANEJO CON CURACIONES POR TERAPIA ENTEROSTOMAL.<br>ENCUENTRO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIGNOS VITALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, CURSANDO CON CUADRO CLINICO DE XEROFTALMIA, DOLOR ABDOMINAL SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SIGNOS IRRITATIVOS URINARIOS Y DOLOR NEUROPATICO DE EXTREMIDADES INFRERIOERES, BRINDO MANEJO SINTOMATICO ADEMAS CONSIDERO SUSPENDER IBP CON EL FIN DE EVITAR PROGRESION DE DETERIORO COGNITOVO YA QUE EN EL MOMENTO LA PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A GASTROPATIA, NO SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIA, TOLERANDO MEDICACION Y MANEJO MEDICO POR LO QUE CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO PARA EVITAR INVOLUCION DE PACIENTE. ACTUALIZO ORDENAMIENTOS.<br>SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: DOLOR EN EL PECHO, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CEFALEA INTENSA, EMESIS EN PROYECTIL, HEMORRAGIA O ALGUN SIGNO QUE LO ALARME.<br><br>TIENE PENDIENTE TOMA DE ESTUDIOS SOLICITADOS EN CONTROL PREVIO, ADEMÁS VALORACIONES POR OFTALMOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR, ÓRDENES MÉDICAS EN PROCESO DE AUTORIZACIÓN. | -- Visita medica bimensual<br>-- Se renueva formula de medicamentos por 3 meses / se realizan ajustes dados por especialidad tratante<br>-- Se renuevan ordenamientos para valoración por cirugía vascular<br>-- Formula de insumos vigente<br>-- Se dan recomendaciones y signos de alarma<br><br>MEDICAMENTOS<br>B- BROMURO DE HIOSCINA 10 MG CADA 8 HORAS POR 7 DIAS<br>ESOMEPRAZOL 20 MG ** SE SUSPENDE **<br>COMPLEJO B 1 TAB AL DIA<br>PREGABALINA 25 MG CADA NOCHE<br>CARBOXIMETIL CELULOSA SL OFTALMICA 2 GOTAS EN CADA OJO CADA 8 HORAS (ABRIL,MAYO)<br><br>Prevención de caídas y úlceras por presión, asistencia a citas con especialistas y toma de estudios. Signos de alarma para consultar de inmediato: Dolor de pecho intenso, Dolor de cabeza intenso, acompañado por confusión y visión borrosa, Náuseas y vómitos, Ansiedad grave, Dificultad para respirar, Convulsiones, Falta de reacción |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 10:31 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38015

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 76 Años 6 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 31131155 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1946-10-08
**Nombres:** FLOR MARIA **Dirección:** HOGAR GERIATRICO CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2829954 - 3136136803
**Apellidos:** PEREA

**Tipo de Consulta:** Presencial

### PLAN TERAPEUTICO

| Equipos: | Medicamentos Escritos: | Insumos Escritos: |
|---|---|---|
| | B- BROMURO DE HIOSCINA 10 MG CADA 8 HORAS POR 7 DIAS<br>ESOMEPRAZOL 20 MG ** SE SUSPENDE ** COMPLEJO B 1 TAB AL DIA PREGABALINA 25 MG CADA NOCHE CARBOXIMETIL CELULOSA SL OFTALMICA 2 GOTAS EN CADA OJO CADA 8 HORAS (ABRIL,MAYO) | |

### CLASIFICACION DE RIESGO

| Riesgo Ulcera: | Riesgo psicosocial: |
|---|---|
| **RIESGO moderado CON PUNTAJE DE 13** | -- |

### DIAGNOSTICOS DE BASE

**L97X** ÚLCERA DEL MIEMBRO INFERIOR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
**I872** INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFERICA)
**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD

### DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**H540** CEGUERA DE AMBOS OJOS
**H409** GLAUCOMA, NO ESPECIFICADO

Laura Sofia Benavides A.
Médica General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 10:31
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **31131155** | **FLOR** | **MARIA** | **PEREA** | | **F** | **1946-10-08** | **76 años 6 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HOGAR GERIATRICO CASA DEL MENDIGO** | **BIZERTA** | **2829954 - 3136136803** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2829954** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **L97X** | ÚLCERA DEL MIEMBRO INFERIOR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE |
| **I872** | INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFERICA) |
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **H540** | CEGUERA DE AMBOS OJOS |
| **H409** | GLAUCOMA, NO ESPECIFICADO |

## FORMULA MEDICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| : | | | | | |
| ACETAMINOFEN 500MG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB CADA 8 HRS SI HAY DOLOR | **Cant.** 120 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| COMPLEJO B TABLETAS | **Dosis** 1 TABLETA AL DÍA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| HIOSCINA N BUTIL BROMURO 10MG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB CADA 8 HORAS | **Cant.** 21 | **Frecuencia.** 7 Días | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| PREGABALINA CAPSULA 75MG | **Dosis** 1 TAB CADA NOCHE | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| CARBOXIMETILCELULOSA SOLUCION OFTALMICA 5MG | **Dosis** 2 GOTAS CADA 8 HORAS | **Cant.** 2 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Aplicación en Ojos | **Observaciones** |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 10:31
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **31131155** | **FLOR** | **MARIA** | **PEREA** | | **F** | **1946-10-08** | **76 años 6 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HOGAR GERIATRICO CASA DEL MENDIGO** | **BIZERTA** | **2829954 - 3136136803** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2829954** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **L97X** | ÚLCERA DEL MIEMBRO INFERIOR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE |
| **I872** | INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFERICA) |
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **H540** | CEGUERA DE AMBOS OJOS |
| **H409** | GLAUCOMA, NO ESPECIFICADO |

## ORDENAMIENTOS

:

| Código | Nombre | Cant. | Duración del tratamiento | Justificación | Observación |
|---|---|---|---|---|---|
| 890240 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA CIRUGIA VASCULAR | 1 | 1 Meses (desde el actual) | | SE SOLICITA VALORACIÓN POR CIRUGÍA VASCULAR ANTE CRONICIDAD DE LESIÓN VASCULAR CON CICATRIZACIÓN ESTACIONARIA DE LA MISMA |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 10:21
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **66785839** | **OLIVA** | | **ARBOLEDA** | **RODRIGUEZ** | **F** | **1958-08-18** | **64 años 8 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Calle 37 Carrera 25 36** | **OBRERO ( CASA DEL MENDIGO)** | **2728026- 3154872063** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| **MARIA ALEJANDRA FUENTES** | **2728026- 3154872063** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**F721** RETRASO MENTAL GRAVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**R32X** INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
**R15X** INCONTINENCIA FECAL

## FORMULA MEDICA

:

| | Dosis | Cant. | Frecuencia. | Via. | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| ALMIPRO 500GR (CREMA OXIDO DE ZINC) | APLICAR CADA 6 HORAS | 6 | 6 Meses (desde el actual) | Uso externo de piel | (ABRIL,MAYO,JUNIO,JULIO,AGOSTO,SEPTIEMBRE |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 10:21 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38014

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 64 Años 8 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 66785839 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1958-08-18
**Nombres:** OLIVA **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2728026- 3154872063
**Apellidos:** ARBOLEDA RODRIGUEZ

**Tipo de Consulta:** Presencial

## ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 64 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:

1. ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL
2. INCONTIENCIA MIXTA (URINARIA-FECAL)
3. SECUELAS DE POLIOMELITIS
4. INSTITUCIONALIZADA EN HOGAR GERIATRICO "CASA DEL MENDIGO"

ACTUALMENTE INSTITUCIONALIZADA, QUIEN CUENTA CON SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA POR DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS.

S: CUIDADORA (DANI ESCOBAR) REFIERE VER A LA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN EMBARGO REFIERE EPISODIOS DE DOLOR Y DISTENSION ABDOMINAL ASOCIADO A DEPOSICIONES LIQUIDAS FETIDAS, SIN MOCO NI SANGRE, SE LE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS DE LA MANERA INDICADA, HA CURSADO ASINTOMÁTICA CARDIOVASCULAR APARENTEMENTE, CON DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES, BUENA TOLERANCIA A LA VIA ORAL, BUEN PATRÓN DE SUEÑO.
NIEGA LESIONES EN LA PIEL, NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NO FIEBRE, NO REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA A SERVICIO DE URGENCIAS.
TIENE PENDIENTE AUTORIZACIÓN Y TOMA DE ESTUDIOS DE RUTINA SOLICITADOS EN CONTROL PREVIO.

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

## REVISION POR SISTEMAS

| | | |
|---|---|---|
| **General:** NO REFIERE | **Cardiovascular:** NO REFIERE | **Respiratorio:** NO REFIERE |
| **Gastrointestinal:** NO REFIERE | **Genitourinario:** NO REFIERE | **Neurosensorial:** NO REFIERE |
| **Endocrino:** NO REFIERE | **Locomotor:** NO REFIERE | **Piel y anexos:** NO REFIERE |
| **Ginecológico:** NO REFIERE | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Neonatal/Infancia** NO REFIERE | **Tóxicos** NO REFIERE | **Traumáticos** NO REFIERE |
| **Patológicos** . ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL 2. INCONTIENCIA MIXTA (URINARIA-FECAL) 3. SECUELAS DE POLIOMELITIS | **Quirúrgicos** NO REFIERE | **Medicamentos** QUETIAPINA 50MG EN LA NOCHE, OMEPRAZOL, HIDROXIDO DE ALUMINIO ** 15 CC |
| **Antecedentes sociodemográficos** NO REFIERE | **Alérgicos** - | **Otros** NO REFIERE |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | |
|---|---|---|
| **Cancer** NO REFIERE | **Diabetes** NO REFIERE | **Hipertensión** NO REFIERE |
| **Enf.Coronaria** NO REFIERE | **Psiquiatricos** NO REFIERE | **Epilepsia** NO REFIERE |
| **Asma** NO REFIERE | **Tuberculosis** NO REFIERE | **Otros** NO REFIERE |

## BARTHEL

| | | |
|---|---|---|
| **Comer** 0 - Incapaz | **Trasladarse** 10 - Necesita algo de ayuda (una pequena ayuda fisica o verbal) | **Aseo** 0 - Necesita ayuda con aseo personal |
| **Retrete** 0 - Dependiente | **Ducharse** 0 - Dependiente | **Desplazarse** 10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o verbal) |
| **Escaleras** 5 - Necesita ayuda fisica o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta | **Ducharse** 0 - Dependiente | **Desplazarse** 10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o verbal) |
| **Vestirse** 5 - Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad | **Heces** 0 - Incontinente (o necesita que le suministren enema) | **Orina** 0 - Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la |

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 64 Años 8 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 66785839 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1958-08-18
**Nombres:** OLIVA **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2728026- 3154872063
**Apellidos:** ARBOLEDA RODRIGUEZ

**Tipo de Consulta:** Presencial

| | | |
|---|---|---|
| aproximadamente, sin ayuda | | bolsa |

**Interpretación:** DEPENDENCIA SEVERA

### EXAMEN FÍSICO

| Impresión General: | Glasgow: | Etapa Dismovilidad: | Sub Etapa: |
|---|---|---|---|
| BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR | 15/15 | 4 | B |

| TA: 120/70 | FC: 86 | FR: 18 | SAT/O2: 96% | Talla: 155 | Peso: 60.00 | IMC: 24.97 | Peso Normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Cabeza y cuello:** NORMOCEFALICA, SIN LESIONES EN CUERO CARBELLUDO, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, TRAQUEA CENTRAL | **Estado Mental:** LENGUAJE INCOMPRESIBLE, ADECUADO CONTACTO CON ENTORNO, COLABORADORA | **Organo de los sentidos:** ESTRABISMO CONVERGENTE, ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSA ORAL SIN LESIONES CON AUSENCIA DE PIEZAS DENTALES |
| **Torax:** SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN USO DE ACCESORIOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES ISN SOPLOS CARDIACOS AMBOS CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS | **Abdomen:** DOLOROSO A LA PALPACION EN HEMIABDOMEN SUPERIOR, PERISTALSTIMO PRESENTE BLANDO DEPREISBLE SIN VISCEROMEGALIAS | **Columna vertebral:** ESCOLIOSIS DORSOLUMBAR |
| **Genito Urinario:** USO DE PAÑAL | **Extremidades:** SIMETRICAS, SIN EDEMAS CON PULSOS DISTALES PRESENTES LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS | **Sistema Nervioso central y osteomuscular:** NO DEFICIT SENSITIVO APARENTE, NO LOGRA MARCHA POR ESPASTICIDAD DE EXTREMIDADES |
| **Piel y Anexos:** SIN LESIONES | | |

### MEDIOS INVASIVOS

| NUTRICION | URINARIO | COLOSTOMIA | PERIFERICO CENTRAL | CATETER DE DIÁLISIS | TRAQUEOSTOMIA |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) Enteral | ( ) Sondas Vesicales | ( ) Sí | ( ) Cateter venoso central (CVC) | ( ) Si | NO |
| ( ) Paraenteral | ( ) Nefrostomia | ( ) No | ( ) Cateter central de insercción periférica (PICC) | ( X ) No | |
| ( ) Via Oral | ( ) Cistostomia | | ( ) Cateter venoso periférico | | |
| | ( ) N/A | | ( ) Cateter subcutaneo | | |
| | | | ( ) N/A | | |

| ANÁLISIS | PLAN/RECOMENDACIONES |
|---|---|
| PACIENTE FEMENINA DE 64 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:<br><br>1. ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL<br>2. INCONTIENCIA MIXTA (URINARIA-FECAL)<br>3. SECUELAS DE POLIOMELITIS<br>4. INSTITUCIONALIZADA EN HOGAR GERIATRICO "CASA DEL MENDIGO"<br><br>PACIENTE ADULTA MAYOR EN ETAPA DE ENCAMAMIENTO ASOCIADO A PATOLOGÍAS DE BASE, ADEMAS INSTITUCIONALZIADA, QUIEN CUENTA CON SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA POR DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS.<br>ENCUENTRO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, NORMOTENSA, NORMACARDICA, NORMOSATURADA, CURSANDO CON CUADRO CLINICO DE PARASITOSIS INTESTINAL, INDICO MANEJO ANTIPARASITARIO, NO SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIA. PACIENTE QUIEN NO HA PRESENTADO CUADRO CLINICO DE EPIGASTRALGIA O SINTOMATOLOGIA QUE SUGIERA GASTROPATIA, CONSIDERO SUSPENDER IBP CON EL FIN DE EVITAR RIESGO DE DETRIORO NEUROCOGNITIVO. PACIENTE TOLERANDO MEDICACION Y MANEJO MEDICO POR LO QUE CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO PARA EVITAR INVOLUCION DE PACIENTE. SOLICITO ECOGRAFIA DE ABDOMEN POR SINTOMAS REFERIDOS, ACTUALIZO ORDENAMIENTOS<br>SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: DOLOR EN EL PECHO, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CEFALEA INTENSA, EMESIS EN PROYECTIL, HEMORRAGIA O ALGUN SIGNO QUE LO ALARME.<br>JUSTIFICACIÓN PAÑALES - ALMIPRO: PACIENTE ADULTO MAYOR CON INCONTINENCIA URINARIA DE MANEJO CONSERVADOR, REQUIERE USO PERMANENTE DE PAÑAL, CON RIESGO DE DERMATITIS Y COMPLICACIONES, POR LO QUE SE INDICAN CAMBIOS DE ESTE MÍNIMO 4 VECES POR DÍA ASOCIADO A APLICACIÓN DE OXIDO DE ZINC EN LA MISMA FRECUENCIA PARA GARANTIZAR CUIDADOS BÁSICOS DE LA PIEL. | -- Visita medica bimensual<br>-- Se renueva formula de medicamentos por 2 meses<br>-- Se renuevan ordenamientos<br>-- Se renueva formula de insumos<br>-- Se dan recomendaciones y signos de alarma<br><br>MEDICAMENTOS<br>QUETIAPINA 50MG EN LA NOCHE<br>TINIDAZOL 500 MG CADA 12 HRS POR 5 DIAS *** NUEVO**<br>LEVOMEPROMAZINA 50MG AL DIA<br>OMEPRAZOL ** SE SUSPENDE***<br><br>Prevención de caídas y úlceras por presión, asistencia a citas con especialistas y toma de estudios. Signos de alarma para consultar de inmediato: Dolor de pecho intenso, Dolor de cabeza intenso, acompañado por confusión y visión borrosa, Náuseas y vómitos, Ansiedad grave, Dificultad para respirar, Convulsiones, Falta de reacción |

### PLAN TERAPEUTICO

| Equipos: | Medicamentos Escritos: | Insumos Escritos: |
|---|---|---|
| | QUETIAPINA 50MG EN LA NOCHE OMEPRAZOL ** SUSPENDER ** DETERIORO NEUROCOGNITVO ** TINIDAZOL | PAÑAL ADULTO TALLA L #720, ALMIPRO X500GR #6 (ABRIL,MAYO,JUNIO,JULIO,AGOSTO,SEPTIEMBRE - MIPRES - |

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 64 Años 8 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 66785839 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1958-08-18
**Nombres:** OLIVA **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2728026- 3154872063
**Apellidos:** ARBOLEDA RODRIGUEZ

**Tipo de Consulta:** Presencial

| | | |
|---|---|---|
| | 500 MG CADA 12 HRS POR 5 DIAS *** NUEVO** LEVOMEPROMAZINA 50MG AL DÍA (ABRIL,MAYO) | 20230427186035756835 |

### CLASIFICACION DE RIESGO

| Riesgo Caida: | Riesgo Ulcera: | Riesgo psicosocial: |
|---|---|---|
| **ALTO RIESGO CON 3 PUNTOS** | **BAJO RIESGO CON PUNTAJE DE 18** | **MODERADO** |

### DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |
| **F721** | RETRASO MENTAL GRAVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO |

### DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **R32X** | INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA |
| **R15X** | INCONTINENCIA FECAL |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 10:21
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **66785839** | **OLIVA** | | **ARBOLEDA** | **RODRIGUEZ** | **F** | **1958-08-18** | **64 años 8 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Calle 37 Carrera 25 36** | **OBRERO ( CASA DEL MENDIGO)** | **2728026- 3154872063** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| **MARIA ALEJANDRA FUENTES** | **2728026- 3154872063** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**F721** RETRASO MENTAL GRAVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**R32X** INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
**R15X** INCONTINENCIA FECAL

## FORMULA MEDICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| : | | | | | |
| QUETIAPINA 25MG TABLETAS | **Dosis** 1 TABLETA CADA 12 HRS | **Cant.** 120 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| LEVOMEPROMAZINA 25MG TABLETAS | **Dosis** 2 TAB EN LA NOCHE | **Cant.** 120 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| TINIDAZOL 500MG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB CADA 12 HORAS | **Cant.** 10 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |

Laura Sofia Benavides A.
Médica General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

# PLAN DE MANEJO

| Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) |
|---|
| 2023-04-27 23:26:30 |
| **Nro. Prescripción** |
| 20230427186035756835 |

## DATOS DEL PRESTADOR

| Departamento: | Municipio: | Código Habilitación: |
|---|---|---|
| VALLE DEL CAUCA | PALMIRA | 765200668809 |

| Documento de Identificación: | Nombre Prestador de Servicios de Salud: |
|---|---|
| 815005074 | TODOMED LTDA PALMIRA |
| **Dirección:** | **Teléfono:** |
| CARRERA 24 A # 19 - 43 DE PALMIRA | 2859844 - 312 8739318 - 313 7501759 |

## DATOS DEL PACIENTE

| Documento de Identificación: | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre: |
|---|---|---|---|---|
| CC66785839 | ARBOLEDA | RODRIGUEZ | OLIVA | |

| Número Historia Clínica: | Diagnóstico Principal: | Usuario Régimen: | Ambito atención: |
|---|---|---|---|
| 66785839 | R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA | SUBSIDIADO | HOSPITALARIO - DOMICILIARIO |

## SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

| Tipo prestación | Servicio Complementario | Indicaciones/Recomendaciones | Cantidad | Frecuencia Uso | Duración Tratamiento (Cantidad - Período) | Cantidad Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SUCESIVA | PAÑALES | PACIENTE CON SÍNDROME DE INMOVILIDAD ASOCIADO A PATOLOGÍAS DE BASE, INCONTINENTE, CON DISCAPACIDAD FÍSICA MARCADA, INCAPACIDAD PARA LA BIPEDESTACIÓN Y LA MARCHA, CON REQUERIMIENTO DE USO CASI A PERMANENCIA DE PAÑAL. | 1 | 6 HORA(S) | 6 MES(ES) | 720 |

## PROFESIONAL TRATANTE

| Documento de Identificación: | Nombre: |
|---|---|
| CC1004189949 | LAURA SOFIA BENAVIDES ACOSTA |
| **Registro Profesional:** | |
| 1004189949 | |
| **Especialidad:** | Firma |
| | CodVer: 3709-0220-BF8A-2CA6-F623-DA14-1AC9-4E95 |

**La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.**

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 10:21
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **66785839** | **OLIVA** | | **ARBOLEDA** | **RODRIGUEZ** | **F** | **1958-08-18** | **64 años 8 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Calle 37 Carrera 25 36** | **OBRERO ( CASA DEL MENDIGO)** | **2728026- 3154872063** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| **MARIA ALEJANDRA FUENTES** | **2728026- 3154872063** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**F721** RETRASO MENTAL GRAVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**R32X** INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
**R15X** INCONTINENCIA FECAL

## FORMULA MEDICA

:

| | **Dosis** | **Cant.** | **Frecuencia.** | **Via.** | **Observaciones** |
|---|---|---|---|---|---|
| PAÑAL ADULTO TALLA L | CAMBIO DE PAÑAL 4 VECES AL DÍA | 720 | 6 Meses (desde el actual) | Uso externo de piel | (ABRIL,MAYO,JUNIO,JULIO,AGOSTO,SEPTIEMBRE |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 09:51
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **31143154** | **OFELIA** | | **LOPEZ** | **DE ORDOÑEZ** | **F** | **1952-01-12** | **71 años 3 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Calle 37 Carrera 25 36** | **OBRERO** | **3117393684-2871468** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| **MARIA IDALY GIL LOPEZ** | **3117393684-2871468** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **CUMPLE CON CRTERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **G409** | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO |
| **F209** | ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA |
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **R32X** | INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA |
| **R15X** | INCONTINENCIA FECAL |
| **E039** | HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO |
| **I694** | SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA |
| **K590** | CONSTIPACION |

## FORMULA MEDICA

:

| | **Dosis** | **Cant.** | **Frecuencia.** | **Via.** | **Observaciones** |
|---|---|---|---|---|---|
| ENSURE BOTELLA 220ml | 1 BOTELLA CADA DIA | 60 | 2 Meses (desde el actual) | Administración Oral | Paciente con secuelas de acv, trastorno de la deglución asociado, pobre ingesta de alimentos, pobre aceptación a dieta común e hiporexia marcada, ya con desnutrición proteico calórica, con elevado riesgo de complicaciones asociadas. |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 09:51 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38007

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 71 Años 3 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 31143154 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1952-01-12
**Nombres:** OFELIA **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 3117393684-2871468
**Apellidos:** LOPEZ DE ORDOÑEZ

**Tipo de Consulta:** Presencial

## ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 71 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE:
1. ESQUIZOFRENIA
2. EPILEPSIA
3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN DICIEMBRE 2022
4. HIPOTIROIDISMO
5. INSTITUCIONALIZADA EN CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO. " LA CASA DEL MENDIGO "
5. DEPENDENCIA SEVERA BARTHEL 20 PUNTOS

S: CUIDADOR (DANNY ESCOBAR/AUXILIAR DE ENFERMERIA) REFIERE VER A LA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SE LE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS DE LA MANERA INDICADA, HA CURSADO ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR Y NEUROLOGICO APARENTEMENTE, NO REFIERE NUEVOS EPISODIOS CONVULSIVOS, SIN MEBARGO HA PRESENTADO EPISODIOS DE AGITACION PSICOMOTORA OCASIONALES. DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES, BUENA TOLERANCIA A LA VÍA ORAL, BUEN PATRÓN DE SUEÑO.
NIEGA LESIONES EN PIEL, NO SÍNTOMAS RESPIRATORIOS NI GASTROINTESTINALES, NO FIEBRE, NO REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA A SERVICIO DE URGENCIAS.
CON ADECUADO PROCESO DE REAHBILITACION, BUENA TOLERANCIA Y RESPUESTA A TERAPIA FISICA, SE EVIDENCIA PROGRESO SEGUN ESCALA DE BARTHEL, CON MEJORIA DE TRASTORNO DEGLUTORIO.
CON BUENA ADHERENCIA Y TOLERANCIA A MEDICAMENTOS
REQUIRIO HOSPITALIZACION RECIENTE POR IVU CON BUENA EVOLUCION. AHORA ASINTOMATICA, NIEGA SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS.

VALORADA EL 31/03/2023 POR MEDICINA INTERNA EN IPS GESENCRO - HOLTER Y ECO TT NORMAL, ANGIOTAC SIN ESTENOSIS, SOLICITA CONTROL DE PERFIL TIORIDEO, INICIAN MANEJO CON ESTATINAS.
AUN TIENE PENDIENTE CONTROL POR PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGIA HASTA EL MOMENTO NO SE LE HA ASIGNADO CITA.

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

21.01.2023

T4 LIBRE 0.85 TSH 9,2 SODIO 130 TGC 63 CT 166LDL 120 CREAT 0.59 HDL 36
HOLTER ECG : NO PRESENTO PAUSAS NO PRESENTO ALTERSCIONES ISQUEMICAS NO FA.

TAC CEREBRAL 25.01.2023
-ENCEFALOMALACIA EN LA REGION TEMPORAL IZQUIERDA POR EVENTO ISQUEMICO ANTIGUO
- VENTRICULOMEGALIA CON ASIMETRIA DE CUERNOS OCCIPITALES SECUNDARIO A LA ZONA DE ENCEFALOMALACIA CAMBIOS INVOLUTIVOS.

ANGIOTAC CEREBRAL Y CUELLO 25.01.2023
SIN CAMBIOS QUE INDIQUEN ANEURISMAS MAYORES DE 3 MM NI ESTEOSIS

ECO TT DEL 23.12.2022
FEVI 58% VI TAMAÑO NORMAL, NO HIPERTROFICO CON FUSION SISTOLICA CONSERVDADA , MOTILIDAD GLOBAL Y SEGMENTARIA CONSERVADAA, CAMRA DERECHA S DE TAMAÑO NORMAL INS AORTICA MINIMA, INSUFICIIENCIA MITRAL LEVE SI SIGNOS DE HIPETENSION VENOSA SISTEMICA.

21.01.2023 T4 LIBRE 0.84 TSH 9.2 SODIO 130 LDL 120 CT 166 CREAT 0.59 HDL 36

20.01.2023. HOLTER EKG NO PRESENTO PAUSAS, NO PRESENTO ALTEREACIONES ISQUEMICAS NO FA

13-10-2022 CREATININA 0.63, TSH 13.98, SEROLOGIA RPR NO REACTIVO, BUN 11.29, VITAMINA B12 585, LEUCOCITOS 7000, HEMOGLOBINA 12.9, MEHATOCRITO 38%, PLAQUETAS 252000.
21-01-2023: T4 LIBRE 0.85, TSH 9.286, SODIO 130, TRIGLICERIDOS 63, COLESTEROL TOTAL 166, LDL 120, CREATININA 0.59, TFG 92, HDL 36

## REVISION POR SISTEMAS

| | | |
|---|---|---|
| **General:** NO REFIERE | **Cardiovascular:** NO REFIERE | **Respiratorio:** NO REFIERE |
| **Gastrointestinal:** NO REFIERE | **Genitourinario:** NO REFIERE | **Neurosensorial:** NO REFIERE |
| **Endocrino:** NO REFIERE | **Locomotor:** NO REFIERE | **Piel y anexos:** NO REFIERE |
| **Ginecológico:** NO REFIERE | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Neonatal/Infancia** NO REFIERE | **Tóxicos** NO REFIERE | **Traumáticos** NO REFIERE |
| **Patológicos** 1. ESQUIZOFRENIA 2. EPILEPSIA 3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN DICIEMBRE 2022 4. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMPLICADA | **Quirúrgicos** NO REFIERE | **Medicamentos** NO REFIERE |
| **Antecedentes sociodemográficos** | **Alérgicos** | **Otros** |

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 71 Años 3 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 31143154 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1952-01-12
**Nombres:** OFELIA **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 3117393684-2871468
**Apellidos:** LOPEZ DE ORDOÑEZ

**Tipo de Consulta:** Presencial

| | | |
|---|---|---|
| NO REFIERE | - | NO REFIERE |

### ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | |
|---|---|---|
| **Cancer**<br>NO REFIERE | **Diabetes**<br>NO REFIERE | **Hipertensión**<br>NO REFIERE |
| **Enf.Coronaria**<br>NO REFIERE | **Psiquiatricos**<br>NO REFIERE | **Epilepsia**<br>NO REFIERE |
| **Asma**<br>NO REFIERE | **Tuberculosis**<br>NO REFIERE | **Otros**<br>NO REFIERE |

### BARTHEL

| | | |
|---|---|---|
| **Comer**<br>5 - Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. | **Trasladarse**<br>10 - Necesita algo de ayuda (una pequena ayuda fisica o verbal) | **Aseo**<br>0 - Necesita ayuda con aseo personal |
| **Retrete**<br>0 - Dependiente | **Ducharse**<br>0 - Dependiente | **Desplazarse**<br>5 - Independiente en silla de ruedas en 50 m |
| **Escaleras**<br>0 - Incapaz | **Ducharse**<br>0 - Dependiente | **Desplazarse**<br>5 - Independiente en silla de ruedas en 50 m |
| **Vestirse**<br>5 - Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda | **Heces**<br>0 - Incontinente (o necesita que le suministren enema) | **Orina**<br>0 - Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa |
| **Interpretación:** DEPENDENCIA SEVERA | | |

### EXAMEN FÍSICO

| **Impresión General:** | **Glasgow:** | **Etapa Dismovilidad:** | **Sub Etapa:** |
|---|---|---|---|
| BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR | 15/15 | 5 | B |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TA:** 100/70 | **FC:** 65 | **FR:** 18 | **SAT/O2:** 94% | **Talla:** 0 | **Peso:** 0.00 | **IMC:** N/D | - |

| | | |
|---|---|---|
| **Cabeza y cuello:**<br>NORMOCEFALICA, CUELLO MOVIL SIN MASAS | **Estado Mental:**<br>AFASIA, ADECUADO CONTACTO CON ENTORNO, LENGUAJE INCOHERENTE | **Organo de los sentidos:**<br>ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS NORMORREACTIVAS, CONJUNTIVAS ROSADAS. MUCOSA ORAL HUMEDA |
| **Torax:**<br>RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. RUIDOS PULMONARES PRESENTES SIN SOBREAGREGADOS, NO RETRACCIONES | **Abdomen:**<br>BLANDO, NO IMPRESIONA DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO POSITIVO | **Columna vertebral:**<br>CIFOSIS DORSAL |
| **Genito Urinario:**<br>USO DE PAÑAL | **Extremidades:**<br>SIMÉTRICAS, ATRÓFICAS, ESPASTICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR NORMAL, PULSOS DE ADECUADA INTENSIDAD | **Sistema Nervioso central y osteomuscular:**<br>HEMIPARESIA DERECHA, NO LOGRA BIPEDESTACIÓN NI MARCHA |
| **Piel y Anexos:**<br>SIN LESIONES | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PPS:** | Puntuación: 0 Interpretación: - | **PPI:** | Puntuación: 0 Interpretación: - |

### MEDIOS INVASIVOS

| NUTRICION | URINARIO | COLOSTOMIA | PERIFERICO CENTRAL | CATETER DE DIÁLISIS | TRAQUEOSTOMIA |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) Enteral | ( ) Sondas Vesicales | ( ) Sí | ( ) Cateter venoso central (CVC) | ( ) Si | NO |
| ( ) Paraenteral | ( ) Nefrostomia | ( X ) No | ( ) Cateter central de insercción periférica (PICC) | ( X ) No | |
| ( X ) Via Oral | ( ) Cistostomia | | ( ) Cateter venoso periférico | | |
| | ( X ) N/A | | ( ) Cateter subcutaneo | | |
| | | | ( X ) N/A | | |

| ANÁLISIS | PLAN/RECOMENDACIONES |
|---|---|
| PACIENTE FEMENINA DE 71 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE:<br>1. ESQUIZOFRENIA | PLAN:<br>-VISITA MEDICA BIMENSUAL |

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 71 Años 3 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 31143154 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1952-01-12
**Nombres:** OFELIA **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 3117393684-2871468
**Apellidos:** LOPEZ DE ORDOÑEZ

**Tipo de Consulta:** Presencial

| | |
|---|---|
| 2. EPILEPSIA<br>3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN DICIEMBRE 2022<br>4. HIPOTIROIDISMO<br>5. INSTITUCIONALIZADA EN CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO. " LA CASA DEL MENDIGO "<br>5. DEPENDENCIA SEVERA BARTHEL 20 PUNTOS | -FORMULA DE MEDICAMENTOS VIGENTE HASTA JUNIO POR GESENCRO<br>-SE RENUEVAN ORDENAMIENTOS<br>- PTE VALORACION POR NEUROLOGIA<br>- PTE VALORACION POR PSIQUIATRIA<br><br>- BETAMETOSONA CREMA TOPICA 3 VECES AL DIA EN ZONAS DE LESION. |
| PACIENTE CON HISTORIA DE INFECCION DE VIAS URINARIAS A REPETICION EN PROGRAMA DE HOMECARE CRÓNICO POR DIFICULTAD PARA SU MOVILIZACION.<br>PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN MEJORES CONDICIONES GENERALES, MAS ALERTA Y MEJOR CONTACTO CON EL ENTORNO, EN PROCESO DE REHABILITACIÓN SEGÚN ESCALA DE BARTHEL, MEJORIA DE TRASTORNO DEGLUTORIO, MAYOR TOLERANCIA A VIA ORAL, SIN EMBARGO HA PRESENTADO EPISODIOS DE AGITACION PSICOMOTORA, TIENE PENDIENTE VALORACION POR PSIQUIATRIA, AJUSTO DOSIS DE ANTIPSICOTICO ATIPICO HASTA LOGRAR VALORACION POR ESPECIALIDAD MENCIONADA.<br><br>TSH EN ASCENSO TIENE PENDIENTE CONTROL POR MEDICINA INTERNA PARA DEFINIR AJUSTES EN LA DOSIFICACION DE T4.<br><br>TIENE PENDIENTE VALORACION POR NUTRICION. SE RENUEVA ORDENAMIENTO Y MIPRES PARA SUPLEMENTO NUTRICIONAL, NO SE REALIZÓ GESTION ADMINISTRATIVA DE ORDENES PREVIAS PARA ENTREGA DE SUPLEMENTO POR ERROR EN LA FORMULACIÓN. SE CORRIGE FORMULACIÓN.<br><br>PACIENTE CON SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN ASOCIADO, POBRE INGESTA DE ALIMENTOS, POBRE ACEPTACIÓN A DIETA COMÚN E HIPOREXIA MARCADA, YA CON DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA, CON ELEVADO RIESGO DE COMPLICACIONES ASOCIADAS, POR LO QUE SE INDICA ENSURE LIQUIDO 1 BOTELLAS AL DÍA COMO BASE DE SU ALIMENTACIÓN HASTA LOGRAR VALORACIÓN POR NUTRICIÓN.<br><br>PENDIENTE VALROACION POR NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA.<br><br>SE CONSIDERA VISITA MEDICA BIMENSUAL DADA ESTABILIDAD CLINICA DE LA PACIENTE. BRINDO RECOMEDNACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTA AL SERVICIO DE URGENCIAS. FAMILIAR ENTIENDE Y ACEPTA. | QUETIAPINA 25MG CADA 12 HORAS ** AJUSTE **<br>ATORVASTATINA 40 MG DIA<br>LEVETIRACETAM 500 MG CADA12 HORAS<br>ACIDO VALPROICO 250MG 1 TABLETA CADA 6 HORAS<br>ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG AL DÍA<br>PEG 17GR AL DÍA<br>LEVOTIROXINA 25MCG AL DÍA<br>(FORMULA VIGENTE GESENCRO )<br><br>INSUMOS<br>PAÑAL TALLA L #720 (ABRIL-MAYO-JUNIO-JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE) - MIPRES ALMIPRO X500GR #3 (ABRIL-MAYO-JUNIO)<br>LUBRIDERM X750ML #6 (ABRIL-MAYO-JUNIO-JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE)<br>GUANTES CAJA X100 #6 (ABRIL-MAYO-JUNIO-JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE)<br>PAÑOS HUMEDOS X100 # 12<br><br>RECOMENDACIONES<br>PREVENCION DE CAÍDAS, CUIDADOS BASICOS DE LA PIEL, CAMBIOS DE POSICION CADA 2 HORAS, SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR DE INMEDIATO: FIEBRE PERSISTENTE, DOLOR EN EL PECHO, CONVULSIONES, SOMNOLENCIA, PERDIDA DE LA CONCIENCIA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR |

### PLAN TERAPEUTICO

| Equipos: | Medicamentos Escritos: | Insumos Escritos: |
|---|---|---|
| | QUETIAPINA 25MG DIA ATORVASTATINA 40 MG DIA LEVETIRACETAM 500 MG CADA12 HORAS ÁCIDO VALPROICO 250MG 1 TABLETA CADA 6 HORAS ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG AL DÍA, PEG 17GR AL DÍA LEVOTIROXINA 25MCG AL DÍA BISACODILO 5 MG DIA ***FORMULA VIGENTE POR GESENCRO HASTA JUNIO 2023*** | PAÑAL TALLA L #720 (ABRIL-MAYO-JUNIO-JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE) - MIPRES ALMIPRO X500GR #3 (ABRIL-MAYO-JUNIO) LUBRIDERM X750ML #6 (ABRIL-MAYO-JUNIO-JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE) GUANTES CAJA X100 #6 (ABRIL-MAYO-JUNIO-JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE) PAÑOS HUMEDOS X100 # 12 |

### CLASIFICACION DE RIESGO

| Riesgo Broncoaspiración: | Riesgo Ulcera: | Riesgo psicosocial: |
|---|---|---|
| **ALTO RIESGO CON 2 PUNTOS** | **ALTO RIESGO CON PUNTAJE DE 6** | **ALTO** |

### DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **G409** | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO |
| **F209** | ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA |
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |

### DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **R32X** | INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA |
| **R15X** | INCONTINENCIA FECAL |
| **E039** | HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO |
| **I694** | SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA |
| **K590** | CONSTIPACION |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 09:51 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA



### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 71 Años 3 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 31143154 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1952-01-12
**Nombres:** OFELIA **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 3117393684-2871468
**Apellidos:** LOPEZ DE ORDOÑEZ

**Tipo de Consulta:** Presencial

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 09:51 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38007

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 71 Años 3 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 31143154 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1952-01-12
**Nombres:** OFELIA **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 3117393684-2871468
**Apellidos:** LOPEZ DE ORDOÑEZ

**Tipo de Consulta:** Presencial

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

# FÓRMULA MÉDICA

| Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) |
|---|
| 2023-04-29 17:02:08 |
| **Nro. Prescripción** |
| 20230429139035769108 |

## DATOS DEL PRESTADOR

| Departamento: | Municipio: | Código Habilitación: |
|---|---|---|
| VALLE DEL CAUCA | PALMIRA | 765200668809 |

| Documento de Identificación: | Nombre Prestador de Servicios de Salud: |
|---|---|
| 815005074 | TODOMED LTDA PALMIRA |
| **Dirección:** | **Teléfono:** |
| CARRERA 24 A # 19 - 43 DE PALMIRA | 2859844 - 312 8739318 - 313 7501759 |

## DATOS DEL PACIENTE

| Documento de Identificación: | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre: |
|---|---|---|---|---|
| CC31143154 | LOPEZ | DE ORDOÑEZ | OFELIA | |

| Número Historia Clínica: | Diagnóstico Principal: | Usuario Régimen: | Ambito atención: |
|---|---|---|---|
| 31143154 | E46X DESNUTRICION PROTEICOCALORICA, NO ESPECIFICADA | SUBSIDIADO | HOSPITALARIO - DOMICILIARIO |

## PRODUCTOS PARA SOPORTE NUTRICIONAL

| Tipo prestación | Producto para Soporte Nutricional / Forma | Dosis | Vía Administración | Frecuencia Administración | Indicaciones Especiales | Duración Tratamiento | Indicaciones/Recomendaciones | Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUCESIVA | ESTÁNDAR - DISTRIBUCIÓN NORMAL DE LA DIETA-ENSURE LÍQUIDO LÍQUIDO 220 ML / BOTELLA | 220 MILILITRO(S) | ORAL | 24 HORA(S) | SIN INDICACIÓN ESPECIAL | 60 DÍA(S) | ENSURE LIQUIDO 1 BOTELLA AL DÍA | 60 / SESENTA / BOTELLA |

## PROFESIONAL TRATANTE

| Documento de Identificación: | Nombre: |
|---|---|
| CC1004189949 | LAURA SOFIA BENAVIDES ACOSTA |
| **Registro Profesional:** | |
| 1004189949 | |
| **Especialidad:** | Firma |
| | CodVer: 2609-95C6-2705-13CA-C0E5-0E4C-9137-F318 |

**La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.**

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 09:51
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **31143154** | **OFELIA** | | **LOPEZ** | **DE ORDOÑEZ** | **F** | **1952-01-12** | **71 años 3 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Calle 37 Carrera 25 36** | **OBRERO** | **3117393684-2871468** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| **MARIA IDALY GIL LOPEZ** | **3117393684-2871468** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **CUMPLE CON CRTERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **G409** | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO |
| **F209** | ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA |
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **R32X** | INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA |
| **R15X** | INCONTINENCIA FECAL |
| **E039** | HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO |
| **I694** | SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA |
| **K590** | CONSTIPACION |

## FORMULA MEDICA

:

| | **Dosis** | **Cant.** | **Frecuencia.** | **Via.** | **Observaciones** |
|---|---|---|---|---|---|
| QUETIAPINA 25MG TABLETAS | 1 TABLETA CADA 12 HORAS | 120 | 2 Meses (desde el actual) | Administración Oral | |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 11:12
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **25716153** | **DOMINGA** | | **HURTADO** | **DE CASTRO** | **F** | **1926-12-26** | **96 años 4 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CASA DEEL MENDIGO** | **OBRERO** | **2728026 - 3155607504** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2728026 - 3155607504** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |
| **R268** | OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS |
| **I10X** | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **N189** | INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA |
| **R32X** | INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA |
| **E782** | HIPERLIPIDEMIA MIXTA |
| **F03X** | DEMENCIA , NO ESPECIFICADA |

## FORMULA MEDICA

**:**

| | **Dosis** | **Cant.** | **Frecuencia.** | **Via.** | **Observaciones** |
|---|---|---|---|---|---|
| ALMIPRO 500GR (CREMA OXIDO DE ZINC) | APLICAR CADA 6 HORAS | 6 | 6 Meses (desde el siguiente) | Uso externo de piel | (ABRIL,MAYO,JUNIO,JULIO,AOSTO,SEPTIEMBRE) |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 11:12 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38024

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 96 Años 4 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 25716153 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1926-12-26
**Nombres:** DOMINGA **Dirección:** CASA DEEL MENDIGO **Teléfono:** 2728026 - 3155607504
**Apellidos:** HURTADO DE CASTRO

**Tipo de Consulta:** Presencial

## ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 96 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:

1. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR
2. ALZHEIMER
3. HIPERTENSION ARTERIAL
4. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
5. INCONTINENCIA MIXTA URINARIA- FECAL
6. REFLUJO GASTROESOFAGICO
7. INSTITUCIONALIZADA EN HOGAR GERIATRICO " CASA DEL MENDIGO "

PACIENTE QUIEN CUENTA CON SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA POR DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS.

S: CUIDADOR (DANI ESCOBAR) REFIERE VER A LA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SE LE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS DE LA MANERA INDICADA, HA CURSADO ASINTOMÁTICA CARDIOVASCULAR APARENTEMENTE,SIN EMBARGO REFIERE SECRECION OCULAR ASOCIADO A EPIFORA E INYECCION CONJUNTIVAL, CON DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES, PERSISTEN CON HIPOREXIA, AUN A LA ESPERA DE ENTREGA DE SUPLEMENTO INDICADO POR NUTRICIÓN. BUEN PATRÓN DE SUEÑO.
NIEGA LESIONES EN PIEL, NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS RESPIRATORIOS NI GASTROINTESTINALES, NO FIEBRE, NO REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA A SERVICIO DE URGENCIAS.
HA CONTINUADO CONTROLES EN PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, SIN REPORTE DE CAMBIOS EN LA MEDICACIÓN DE BASE. NO APORTA HISTORIA CLINICA, NO REFIERE NUEVAS VALORACIONES.
HASTA EL MOMENTO NO SE LE HAN REALIZADO ESTUDIOS SOLICITADOS EN CONTROL PREVIO, LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE AUTORIZACIÓN.

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

## REVISION POR SISTEMAS

| | | |
|---|---|---|
| **General:** NO REFIERE | **Cardiovascular:** NO REFIERE | **Respiratorio:** NO REFIERE |
| **Gastrointestinal:** NO REFIERE | **Genitourinario:** NO REFIERE | **Neurosensorial:** NO REFIERE |
| **Endocrino:** NO REFIERE | **Locomotor:** NO REFIERE | **Piel y anexos:** NO REFIERE |
| **Ginecológico:** NO REFIERE | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Neonatal/Infancia** NO REFIERE | **Tóxicos** NO REFIERE | **Traumáticos** NO REFIERE |
| **Patológicos** 1. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR 2. ALZHEIMER 3. HIPERTENSION ARTERIAL 4. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA 5. INCONTINENCIA MIXTA URINARIA- FECAL 6. REFLUJO GASTROESOFAGICO | **Quirúrgicos** NO REFIERE | **Medicamentos** OMEPRZOL 20MG AL DÍA AMLODIPINO 5MG AL DÍA TRAZODONA 2 TABLETAS EN LA NOCHE RIVASTIGMINA 4..6MG 1 PARCHE AL DÍA |
| **Antecedentes sociodemográficos** NO REFIERE | **Alérgicos** - | **Otros** NO REFIERE |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | |
|---|---|---|
| **Cancer** NO REFIERE | **Diabetes** NO REFIERE | **Hipertensión** NO REFIERE |
| **Enf.Coronaria** NO REFIERE | **Psiquiatricos** NO REFIERE | **Epilepsia** NO REFIERE |
| **Asma** NO REFIERE | **Tuberculosis** NO REFIERE | **Otros** NO REFIERE |

## BARTHEL

| | | |
|---|---|---|
| **Comer** 5 - Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. | **Trasladarse** 5 - Necesita ayuda importante (1 o 2 personas entrenadas), puede estar sentado | **Aseo** 0 - Necesita ayuda con aseo personal |
| **Retrete** 0 - Dependiente | **Ducharse** 0 - Dependiente | **Desplazarse** 5 - Independiente en silla de ruedas en 50 m |
| **Escaleras** | **Ducharse** | **Desplazarse** |

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 96 Años 4 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 25716153 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1926-12-26
**Nombres:** DOMINGA **Dirección:** CASA DEEL MENDIGO **Teléfono:** 2728026 - 3155607504
**Apellidos:** HURTADO DE CASTRO

**Tipo de Consulta:** Presencial

| | | |
|---|---|---|
| 0 - Incapaz | 0 - Dependiente | 5 - Independiente en silla de ruedas en 50 m |
| **Vestirse**<br>5 - Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda | **Heces**<br>0 - Incontinente (o necesita que le suministren enema) | **Orina**<br>0 - Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa |
| **Interpretación:** DEPENDENCIA SEVERA | | |

### EXAMEN FÍSICO

| Impresión General: | Glasgow: | Etapa Dismovilidad: | Sub Etapa: |
|---|---|---|---|
| ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL AL TACTO, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR | 15/15 | 5 | B |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TA:** 120/82 | **FC:** 75 | **FR:** 18 | **SAT/O2:** 96% | **Talla:** 150 | **Peso:** 57.00 | **IMC:** 25.33 | Sobrepeso |

| | | |
|---|---|---|
| **Cabeza y cuello:**<br>NORMOCEFALA SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS | **Estado Mental:**<br>ALERTA | **Organo de los sentidos:**<br>PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS ESCLERAS ANICTERICAS, SECRECION CONJUNTIVAL, EPIFORA E INYECCION CONJUNTIVAL CONJUNTIVAS ROSADAS MUCOSAS HUMEDAS SIN LESIONE OROFARINGEAS |
| **Torax:**<br>NORMOEXPANSIBLE CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS CARDIACOS AMBOS CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SINS OBREAGREGADOQ | **Abdomen:**<br>PERISTALTISMO PRESENTE BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN VISCEROMEGALIAS NO SENSACION DE MASAS | **Columna vertebral:**<br>SIN DEFORMIDAD OSEA APARENTE |
| **Genito Urinario:**<br>USO DE PAÑAL | **Extremidades:**<br>SIMÉTRICAS, ATRÓFICAS, ESPÁSTICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR NORMAL, PULSOS DE ADECUADA INTENSIDAD | **Sistema Nervioso central y osteomuscular:**<br>NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO LOGRA BIPEDESTACIÓN NI MARCHA POR ATROFIA MUSCULAR, SARCOPENIA MARCADA |
| **Piel y Anexos:**<br>SIN LESIONES | | |

### MEDIOS INVASIVOS

| NUTRICION | URINARIO | COLOSTOMIA | PERIFERICO CENTRAL | CATETER DE DIÁLISIS | TRAQUEOSTOMIA |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) Enteral | ( ) Sondas Vesicales | ( ) Sí | ( ) Cateter venoso central (CVC) | ( ) Si | NO |
| ( ) Paraenteral | ( ) Nefrostomia | ( ) No | ( ) Cateter central de insercción periférica (PICC) | ( X ) No | |
| ( ) Via Oral | ( ) Cistostomia | | ( ) Cateter venoso periférico | | |
| | ( ) N/A | | ( ) Cateter subcutaneo | | |
| | | | ( ) N/A | | |

| ANÁLISIS | PLAN/RECOMENDACIONES |
|---|---|
| PACIENTE FEMENINA DE 96 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:<br><br>1. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR<br>2. ALZHEIMER<br>3. HIPERTENSION ARTERIAL<br>4. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA<br>5. INCONTINENCIA MIXTA URINARIA- FECAL<br>6. REFLUJO GASTROESOFAGICO<br>7. INSTITUCIONALIZADA EN HOGAR GERIÁTRICO " CASA DEL MÉNDIGO "<br><br>PACIENTE EN ETAPA DE ENCAMAMIENTO, CON LOS ANTECEDENTES PREVIAMENTE DESCRITOS, CON DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS, RAZÓN POR LA CUAL CUENTA CON SERVICIO DE HOMECARE.<br>ENCUENTRO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD, CURSANDO CON CUADRO CLINICO SUGESTIVO DE CONJUNTIVITIS BACTERIANA, BRINDO MANEJO SINTOMATICO, NO SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIA, PACIENTE PERSISTE CON HIPOREXIA, SE SOLCITA CONTROL POR NUTRICION, TOLERANDO MEDICACION Y MANEJO MEDICO POR LO QUE CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO PARA EVITAR INVOLUCION DE PACIENTE. ACTUALIZO ORDENAMIENTOS,<br>SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: DOLOR EN EL PECHO, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CEFALEA INTENSA, EMESIS EN PROYECTIL, HEMORRAGIA O ALGUN SIGNO QUE LO ALARME.<br><br>JUSTIFICACIÓN PAÑALES - ALMIPRO: PACIENTE ADULTO MAYOR CON INCONTINENCIA URINARIA DE MANEJO CONSERVADOR, REQUIERE USO PERMANENTE DE PAÑAL, CON RIESGO DE DERMATITIS Y COMPLICACIONES, POR LO QUE SE INDICAN CAMBIOS DE ESTE MÍNIMO 4 VECES POR DÍA ASOCIADO A APLICACIÓN DE OXIDO DE ZINC EN LA MISMA | -- Visita medica bimensual<br>-- Se renueva formula de medicamentos por 2 meses / se realizan ajustes dados por especialidad tratante<br>-- Se renuevan ordenamientos<br>-- Se renueva fórmula de insumos<br>-- Se dan recomendaciones y signos de alarma<br><br>MEDICAMENTOS<br><br>OMEPRZOL 20MG AL DÍA<br>AMLODIPINO 5MG AL DÍA<br>TRAZODONA 2 TABLETAS EN LA NOCHE<br>RIVASTIGMINA 4..6MG 1 PARCHE AL DÍA<br>GENTAMICINA SOL OFTALMICA 2 GOTAS CADA 6 HORAS POR 5 DIAS (ABRIL,MAYO)<br><br>Prevención de caídas y úlceras por presión, asistencia a citas con especialistas y toma de estudios. Signos de alarma para consultar de inmediato: Dolor de pecho intenso, Dolor de cabeza intenso, acompañado por confusión y visión borrosa, Náuseas y vómitos, Ansiedad grave, Dificultad para respirar, Convulsiones, Falta de reacción<br><br>-Paciente en etapa de encamamiento con requerimiento de uso permanente de pañal, se indican cambios estrictos de este 4 o 5 veces al día asociado a aplicación de oxido de zinc en la misma frecuencia en área de pañal y zonas de presión, para así garantizar cuidados básicos de la piel, teniendo en cuenta riesgo de dermatitis y demás complicaciones. |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 11:12 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38024

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 96 Años 4 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 25716153 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1926-12-26
**Nombres:** DOMINGA **Dirección:** CASA DEEL MENDIGO **Teléfono:** 2728026 - 3155607504
**Apellidos:** HURTADO DE CASTRO

**Tipo de Consulta:** Presencial

FRECUENCIA PARA GARANTIZAR CUIDADOS BÁSICOS DE LA PIEL.

### PLAN TERAPEUTICO

| Equipos: | Medicamentos Escritos: | Insumos Escritos: |
|---|---|---|
| | OMEPRZOL 20MG AL DÍA AMLODIPINO 5MG AL DÍA TRAZODONA 2 TABLETAS EN LA NOCHE RIVASTIGMINA 4..6MG 1 PARCHE AL DÍA (ABRIL,MAYO) | PAÑAL ADULTO TALLA M #720, ALMIPRO X500GR #6 (ABRIL,MAYO,JUNIO,JULIO,AOSTO,SEPTIEMBRE) - MIPRES 20230428191035756882 |

### CLASIFICACION DE RIESGO

| Riesgo Broncoaspiración: | Riesgo Ulcera: | Riesgo psicosocial: |
|---|---|---|
| **ALTO RIESGO CON 2 PUNTOS** | **ALTO RIESGO CON PUNTAJE DE 6** | **MODERADO** |

### DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |
| **R268** | OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS |
| **I10X** | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |

### DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **N189** | INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA |
| **R32X** | INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA |
| **E782** | HIPERLIPIDEMIA MIXTA |
| **F03X** | DEMENCIA , NO ESPECIFICADA |




FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 11:12
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **25716153** | **DOMINGA** | | **HURTADO** | **DE CASTRO** | **F** | **1926-12-26** | **96 años 4 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CASA DEEL MENDIGO** | **OBRERO** | **2728026 - 3155607504** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2728026 - 3155607504** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |
| **R268** | OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS |
| **I10X** | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **N189** | INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA |
| **R32X** | INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA |
| **E782** | HIPERLIPIDEMIA MIXTA |
| **F03X** | DEMENCIA , NO ESPECIFICADA |

## FORMULA MEDICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| : | | | | | |
| OMEPRAZOL 20MG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB 20 MIN ANTES DEL DESAYUNO | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| AMLODIPINO 5MG TABLETAS | **Dosis** 1 DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| TRAZODONA 50MG TABLETAS | **Dosis** TOMAR DOS EN LA NOCHE | **Cant.** 120 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| CLOTRIMAZOL 1% 40GR CREMA TOPICA | **Dosis** APLICAR 2 VECES AL DÍA EN AREA DE PAÑAL | **Cant.** 4 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Uso externo de piel | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| BETAMETASONA 0.05% 40GR CREMA | **Dosis** APLICAR 2 VECES AL DÍA EN AREA DE PAÑAL | **Cant.** 4 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Uso externo de piel | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| PARCHE TRANSDERMICO RIVASTIGMINA 4.6MG | **Dosis** 1 PARCHE AL DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Semanas | **Via.** Uso externo de piel | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| GENTAMICINA 0.3%10ML OFTALM | **Dosis** 2 GOTAS CADA 6 HORAS | **Cant.** 1 | **Frecuencia.** 5 Días | **Via.** Aplicación en Ojos | **Observaciones** |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

# PLAN DE MANEJO

| Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) |
|---|
| 2023-04-28 00:43:13 |
| **Nro. Prescripción** |
| 20230428191035756882 |

## DATOS DEL PRESTADOR

| Departamento: | Municipio: | Código Habilitación: |
|---|---|---|
| VALLE DEL CAUCA | PALMIRA | 765200668809 |

| Documento de Identificación: | Nombre Prestador de Servicios de Salud: |
|---|---|
| 815005074 | TODOMED LTDA PALMIRA |
| **Dirección:** | **Teléfono:** |
| CARRERA 24 A # 19 - 43 DE PALMIRA | 2859844 - 312 8739318 - 313 7501759 |

## DATOS DEL PACIENTE

| Documento de Identificación: | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre: |
|---|---|---|---|---|
| CC25716153 | HURTADO | DE CASTRO | DOMINGA | |

| Número Historia Clínica: | Diagnóstico Principal: | Usuario Régimen: | Ambito atención: |
|---|---|---|---|
| 25716153 | R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA | SUBSIDIADO | HOSPITALARIO - DOMICILIARIO |

## SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

| Tipo prestación | Servicio Complementario | Indicaciones/Recomendaciones | Cantidad | Frecuencia Uso | Duración Tratamiento (Cantidad - Período) | Cantidad Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SUCESIVA | PAÑALES | PAÑAL ADULTO TALLA M . CAMBIO ESTRICTO 4 VECES AL DIA PARA EVITAR LESIONES IRRITATIVAS DE LA PIEL | 1 | 6 HORA(S) | 6 MES(ES) | 720 |

## PROFESIONAL TRATANTE

| Documento de Identificación: | Nombre: |
|---|---|
| CC1004189949 | LAURA SOFIA BENAVIDES ACOSTA |
| **Registro Profesional:** | |
| 1004189949 | Firma |
| **Especialidad:** | CodVer: 8BEC-7A8D-FCFD-B258-F1CD-191E-C23A-098C |

**La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.**

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 11:12
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **25716153** | **DOMINGA** | | **HURTADO** | **DE CASTRO** | **F** | **1926-12-26** | **96 años 4 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CASA DEEL MENDIGO** | **OBRERO** | **2728026 - 3155607504** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2728026 - 3155607504** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |
| **R268** | OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS |
| **I10X** | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **N189** | INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA |
| **R32X** | INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA |
| **E782** | HIPERLIPIDEMIA MIXTA |
| **F03X** | DEMENCIA , NO ESPECIFICADA |

## FORMULA MEDICA

**:**

| | **Dosis** | **Cant.** | **Frecuencia.** | **Via.** | **Observaciones** |
|---|---|---|---|---|---|
| PAÑAL ADULTO TALLA M | CAMBIO DE PAÑAL 4 VECES AL DÍA | 720 | 6 Meses (desde el siguiente) | Uso externo de piel | (ABRIL,MAYO,JUNIO,JULIO,AOSTO,SEPTIEMBRE) |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 10:52
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **2546439** | **ABSALON** | | **CALERO** | **MURILLO** | **M** | **1935-03-31** | **88 años 0 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Calle 37 Carrera 25 36** | **OBRERO** | **2829954 - 3136136803** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2829954 - 3136136803** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**I10X** HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
**F023** DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (G20?)

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**R32X** INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
**R15X** INCONTINENCIA FECAL

## FORMULA MEDICA

:

| | Dosis | Cant. | Frecuencia. | Via. | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| OXIDO DE ZINC 500 GR | PARA CADA CAMBIO DE PAÑAL | 6 | 6 Meses (desde el siguiente) | Uso externo de piel | (ABRIL,MAYO,JUNIO,JULIO,AGOSTO,SEPTIEMBRE) |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 10:52 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38020

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 88 Años 0 mes **Municipio:** - X -
**Identificación:** 2546439 **Sexo:** Masculino **Fecha Nac.:** 1935-03-31
**Nombres:** ABSALON **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2829954 - 3136136803
**Apellidos:** CALERO MURILLO

**Tipo de Consulta:** Presencial

## ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 87 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:
1. ENFERMEDAD DE PARKINSON
2. HIPERTESION ARTERIAL
3. INCONTIENCIA MIXTA
4. SÍNDROME DE DISMOVILIDAD Y DEPENDENCIA
5. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA ????
6. INSTITUCIONALIZADO HOGAR GRIATRICO "CASA DEL MENDIGO"

QUIEN ACTUALMENTE CUENTA CON SERVICIO DE HOMECARE POR DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS.

S: CUDIADOR (DANI ESCOBAR) REFIERE VER AL PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN EMBARGO PRESENTA DEPLECION MUSCLAR MARCADA EN LOS ULTIMOS MESES, ADEMAS TOS PRODUCTIVA CON EXPECTORACION VERDOSA,NIEGA DISNEA Y DOLOR ARTICULAR EN EXTREMIDADES INFERIORES. SE LE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS DE LA MANERA INDICADA, HA CURSADO ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR APARENTEMENTE, CON DIURESIS NORMAL, SIN NUEVOS EPISODIOS DE HEMATURIA; HASTA EL MOMENTO NO SE LE HA REALIZADO UROCULTIVO NI DEMÁS ESTUDIOS SOLICITADOS EN CONTROL PREVIO, LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE AUTORIZACIÓN; REFIERE DEPOSICIONES NORMALES, BUENA TOLERANCIA A LA VÍA ORAL, BUEN PATRÓN DE SUEÑO.
NIEGA LESIONES EN LA PIEL, NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES, NO FIEBRE, NO REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA A URGENCIAS.
CONTINÚA CONTROLES EN PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, NO REPORTA CAMBIOS EN LA MEDICACIÓN DE BASE.
HASTA EL MOMENTO NO HA SIDO VALORADO POR NUTRICION CLINICA .

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

## REVISION POR SISTEMAS

| | | |
|---|---|---|
| **General:** NO REFIERE | **Cardiovascular:** NO REFIERE | **Respiratorio:** TOS CON EXPECTORACION PRODUCTIVA VERDOSA |
| **Gastrointestinal:** NO REFIERE | **Genitourinario:** NO REFIERE | **Neurosensorial:** NO REFIERE |
| **Endocrino:** NO REFIERE | **Locomotor:** ARTRALGIAS | **Piel y anexos:** NO REFIERE |
| **Ginecológico:** NO REFIERE | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Neonatal/Infancia** NO REFIERE | **Tóxicos** NO REFIERE | **Traumáticos** NO REFIERE |
| **Patológicos** 1. ENFERMEDAD DE PARKINSON 2. HIPERTESION ARTERIAL 3. INCONTIENCIA MIXTA 4. SÍNDROME DE DISMOVILIDAD Y DEPENDENCIA | **Quirúrgicos** NO REFIERE | **Medicamentos** LOSARTAN 50MG CADA 12HORAS CARBIDOPA LEVODOPOA 25MG / 250MG UNA DIA AMLODIPINO 5MG AL DÍA HIDROCLOROTIAZIDA 25MG AL DÍA |
| **Antecedentes sociodemográficos** NO REFIERE | **Alérgicos** - | **Otros** NO REFIERE |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | |
|---|---|---|
| **Cancer** NO REFIERE | **Diabetes** NO REFIERE | **Hipertensión** NO REFIERE |
| **Enf.Coronaria** NO REFIERE | **Psiquiatricos** NO REFIERE | **Epilepsia** NO REFIERE |
| **Asma** NO REFIERE | **Tuberculosis** NO REFIERE | **Otros** NO REFIERE |

## BARTHEL

| | | |
|---|---|---|
| **Comer** 5 - Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. | **Trasladarse** 10 - Necesita algo de ayuda (una pequena ayuda fisica o verbal) | **Aseo** 0 - Necesita ayuda con aseo personal |
| **Retrete** 5 - Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo | **Ducharse** 5 - Independiente para bañarse o ducharse | **Desplazarse** 10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o verbal) |
| **Escaleras** 0 - Incapaz | **Ducharse** 5 - Independiente para bañarse o ducharse | **Desplazarse** 10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o |

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 88 Años 0 mes **Municipio:** - X -
**Identificación:** 2546439 **Sexo:** Masculino **Fecha Nac.:** 1935-03-31
**Nombres:** ABSALON **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2829954 - 3136136803
**Apellidos:** CALERO MURILLO

**Tipo de Consulta:** Presencial

| | | |
|---|---|---|
| | | verbal) |
| **Vestirse**<br>5 - Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda | **Heces**<br>0 - Incontinente (o necesita que le suministren enema) | **Orina**<br>0 - Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa |
| **Interpretación:** DEPENDENCIA SEVERA | | |

### EXAMEN FÍSICO

| **Impresión General:** | **Glasgow:** | **Etapa Dismovilidad:** | **Sub Etapa:** |
|---|---|---|---|
| BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, NO SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR | 15/15 | 4 | B |

| **TA:** 110/70 | **FC:** 70 | **FR:** 18 | **SAT/O2:** 97% | **Talla:** 172 | **Peso:** 60.00 | **IMC:** 20.28 | Peso Normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Cabeza y cuello:**<br>NORMOCEFALO SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGLAR | **Estado Mental:**<br>ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS | **Organo de los sentidos:**<br>PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ CON ARO SENIL BILATERAL, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS. MUCOSAS HUMEDAS SIN LESIONES OROFARINGEAS CON ENCIAS PLANAS |
| **Torax:**<br>NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS CARDIACOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, SE AUSCULTAN SIBILANCIAS OCASIONALES DE PREDOMINIO EN BASE PULMONAR DERECHA NO RETRACCIONES | **Abdomen:**<br>PERISTALSTIMO PRESENTE, BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN VISCEROMEGALIAS, NO SENSACION DE MASAS | **Columna vertebral:**<br>CIFOSIS DORSAL |
| **Genito Urinario:**<br>USO DE PAÑAL | **Extremidades:**<br>SIMETRICAS, MOVILES, CON EDEMA GRADO III DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO Y ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR SIN OTROS CAMBOS INFLAMATORIOS; CON PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS | **Sistema Nervioso central y osteomuscular:**<br>NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, LOGRA MARCHA A INTERVALOS CORTOS CON AYUDA EXTERNA |
| **Piel y Anexos:**<br>SIN LESIONES | | |

### MEDIOS INVASIVOS

| **NUTRICION** | **URINARIO** | **COLOSTOMIA** | **PERIFERICO CENTRAL** | **CATETER DE DIÁLISIS** | **TRAQUEOSTOMIA** |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) Enteral | ( ) Sondas Vesicales | ( ) Sí | ( ) Cateter venoso central (CVC) | ( ) Si | NO |
| ( ) Paraenteral | ( ) Nefrostomia | ( ) No | ( ) Cateter central de insercción periférica (PICC) | ( X ) No | |
| ( ) Via Oral | ( ) Cistostomia | | ( ) Cateter venoso periférico | | |
| | ( ) N/A | | ( ) Cateter subcutaneo | | |
| | | | ( ) N/A | | |

| **ANÁLISIS** | **PLAN/RECOMENDACIONES** |
|---|---|
| PACIENTE MASCULINO DE 87 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:<br>1. ENFERMEDAD DE PARKINSON<br>2. HIPERTESION ARTERIAL<br>3. INCONTIENCIA MIXTA<br>4. SÍNDROME DE DISMOVILIDAD Y DEPENDENCIA<br>5. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA ????<br>6. INSTITUCIONALIZADO HOGAR GRIATRICO "CASA DEL MENDIGO"<br><br>PACIENTE ADULTO MAYOR CON ANTECEDENTES ANTERIORMENTE DESCRITOS, INSTITUCIONALIZADO, QUIEN CUENTA CON SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA POR DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS.<br><br>ENCUENTRO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, NORMOTENSO, NORMACARDICO, SATURACIONES OPTIMAS AL AIRE AMBIENTE, NO SIGNOS DE SIRS, NO ESFUERZO VENTILATORIO, SIN EMBARGO SE AUSCULTAN SIBILANCIA OCASIONALES GERNALIZADAS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES ASOCIADO A TOS PRODUCTIVA QUE SUGIEREN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON SOBREINFECCION, INDICO MANEJO ANTIBIOTICO E INHALOTERPIA. NO SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIA, TOLERANDO MEDICACION Y MANEJO MEDICO POR LO QUE CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO PARA EVITAR INVOLUCION DE PACIENTE. ACTUALIZO ORDENAMIENTOS.<br>SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: DOLOR EN EL PECHO, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CEFALEA INTENSA, EMESIS EN PROYECTIL, HEMORRAGIA O ALGUN SIGNO QUE LO ALARME. | -- Visita medica bimensual<br>-- Se renueva formula de medicamentos por 2 meses / se realizan ajustes dados por especialidad tratante<br>-- Se renuevan ordenamientos<br>-- Se renueva formula de insumos<br>-- Se dan recomendaciones y signos de alarma<br><br>MEDICAMENTOS<br><br>LOSARTAN 50MG CADA 12HORAS<br>CARBIDOPA LEVODOPOA 25MG / 250MG UNA DIA<br>AMLODIPINO 5MG AL DÍA<br>HIDROCLOROTIAZIDA 25MG AL DÍA<br>B-IPRATROPIO 2 PUFF CADA 8 HORAS ** NUEVO **<br>BECLOMETASONA 2 PUFF CADA 12 HORAS POR 7 DIAS** NUEVO **<br>AMOXICICILINA + CLAVULANATO CADA 8 HORAS POR 7 DIAS ** NUEVO **<br>(ABRIL,MAYO)<br><br>Paciente en etapa de encamamiento con requerimiento de uso permanente de pañal, se indican cambios estrictos de este 4 o 5 veces al día asociado a aplicación de oxido de zinc en la misma frecuencia en área de pañal y zonas de presión, para así garantizar cuidados básicos de la piel, teniendo en cuenta riesgo de dermatitis y demás complicaciones. |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 10:52 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38020

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 88 Años 0 mes **Municipio:** - X -
**Identificación:** 2546439 **Sexo:** Masculino **Fecha Nac.:** 1935-03-31
**Nombres:** ABSALON **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2829954 - 3136136803
**Apellidos:** CALERO MURILLO

**Tipo de Consulta:** Presencial

JUSTIFICACIÓN PAÑALES - ALMIPRO: PACIENTE ADULTO MAYOR CON INCONTINENCIA URINARIA DE MANEJO CONSERVADOR, REQUIERE USO PERMANENTE DE PAÑAL, CON RIESGO DE DERMATITIS Y COMPLICACIONES, POR LO QUE SE INDICAN CAMBIOS DE ESTE MÍNIMO 4 VECES POR DÍA ASOCIADO A APLICACIÓN DE OXIDO DE ZINC EN LA MISMA FRECUENCIA PARA GARANTIZAR CUIDADOS BÁSICOS DE LA PIEL.

### PLAN TERAPEUTICO

| Equipos: | Medicamentos Escritos: | Insumos Escritos: |
|---|---|---|
| | LOSARTAN 50MG CADA 12HORAS CARBIDOPA LEVODOPOA 25MG / 250MG UNA DIA AMLODIPINO 5MG AL DÍA HIDROCLOROTIAZIDA 25MG AL DÍA B-IPRATROPIO 2 PUFF CADA 8 HORAS ** NUEVO ** BECLOMETASONA 2 PUFF CADA 12 HORAS POR 7 DIAS** NUEVO ** AMOXICICILINA + CLAVULANATO CADA 8 HORAS POR 7 DIAS ** NUEVO ** (ABRIL,MAYO) | PAÑAL ADULTO TALLA M #720, ALMIPRO X500GR #6 (ABRIL,MAYO,JUNIO,JULIO,AGOSTO,SEPTIEMBRE) - MIPRES 20230428144035756856 |

### CLASIFICACION DE RIESGO

| Riesgo Ulcera: | Riesgo psicosocial: |
|---|---|
| **RIESGO moderado CON PUNTAJE DE 13** | **ALTO** |

### DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |
| **I10X** | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |
| **F023** | DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (G20?) |

### DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **R32X** | INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA |
| **R15X** | INCONTINENCIA FECAL |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 10:52
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **2546439** | **ABSALON** | | **CALERO** | **MURILLO** | **M** | **1935-03-31** | **88 años 0 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Calle 37 Carrera 25 36** | **OBRERO** | **2829954 - 3136136803** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2829954 - 3136136803** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**I10X** HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
**F023** DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (G20?)

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**R32X** INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
**R15X** INCONTINENCIA FECAL

## FORMULA MEDICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| : | | | | | |
| LOSARTAN 50MG TABLETA | **Dosis** UNA CADA 12 HORAS | **Cant.** 120 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| AMLODIPINO 5MG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB CADA DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| ACIDO ACETILSALICILICO 100MG TAB. | **Dosis** 1 TAB CADA DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB CADA DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| CARBIDOPA LEVODOPA 25MG/250MG TABLETAS | **Dosis** TOMAR UNA AL DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCION PARA INHALAR 20MCG | **Dosis** 2 PUFF CADA 8 HORAS | **Cant.** 2 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Inhalado | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| INH.BECLOMETASONA 250MCG | **Dosis** 2 PUFF CADA 12 HORAS | **Cant.** 2 | **Frecuencia.** 7 Días | **Via.** Inhalado | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANATO TABLETA 500MG/125MG | **Dosis** 1 TAB CADA 8 HORAS | **Cant.** 21 | **Frecuencia.** 7 Días | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

# PLAN DE MANEJO

| Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) |
|---|
| 2023-04-28 00:00:34 |
| **Nro. Prescripción** |
| 20230428144035756856 |

## DATOS DEL PRESTADOR

| Departamento: | Municipio: | Código Habilitación: |
|---|---|---|
| VALLE DEL CAUCA | PALMIRA | 765200668809 |

| Documento de Identificación: | Nombre Prestador de Servicios de Salud: |
|---|---|
| 815005074 | TODOMED LTDA PALMIRA |
| **Dirección:** | **Teléfono:** |
| CARRERA 24 A # 19 - 43 DE PALMIRA | 2859844 - 312 8739318 - 313 7501759 |

## DATOS DEL PACIENTE

| Documento de Identificación: | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre: |
|---|---|---|---|---|
| CC2546439 | CALERO | MURILLO | ABSALON | |

| Número Historia Clínica: | Diagnóstico Principal: | Usuario Régimen: | Ambito atención: |
|---|---|---|---|
| 2546439 | R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA | SUBSIDIADO | HOSPITALARIO - DOMICILIARIO |

## SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

| Tipo prestación | Servicio Complementario | Indicaciones/Recomendaciones | Cantidad | Frecuencia Uso | Duración Tratamiento (Cantidad - Período) | Cantidad Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SUCESIVA | PAÑALES | PAÑAL ADULTO TALLA M. CAMBIO ESTRCITO 4 VECES AL DIA PARA EVITAR LESIONES IRRITATIVAS DE LA PIEL. | 1 | 6 HORA(S) | 6 MES(ES) | 720 |

## PROFESIONAL TRATANTE

| Documento de Identificación: | Nombre: |
|---|---|
| CC1004189949 | LAURA SOFIA BENAVIDES ACOSTA |
| **Registro Profesional:** | |
| 1004189949 | |
| **Especialidad:** | Firma |
| | CodVer: 6720-A998-10D7-F479-1F5C-8CED-03C9-4168 |

**La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.**

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 10:52
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **2546439** | **ABSALON** | | **CALERO** | **MURILLO** | **M** | **1935-03-31** | **88 años 0 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Calle 37 Carrera 25 36** | **OBRERO** | **2829954 - 3136136803** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2829954 - 3136136803** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**I10X** HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
**F023** DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (G20?)

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**R32X** INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
**R15X** INCONTINENCIA FECAL

## FORMULA MEDICA

:

| | Dosis | Cant. | Frecuencia. | Via. | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| PAÑAL ADULTO TALLA M | CAMBIO DE PAÑAL 4 VECES AL DÍA | 720 | 6 Meses (desde el siguiente) | Uso externo de piel | (ABRIL,MAYO,JUNIO,JULIO,AGOSTO,SEPTIEMBRE) |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 11:02 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38021

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 86 Años 2 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 29645271 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1937-02-17
**Nombres:** CLARIVEL **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2728026 - 3155607504
**Apellidos:** VIZCAYA

**Tipo de Consulta:** Presencial

## ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 86 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:
1. ERC G5ND A2 TFG 12.2 ML/MIN POR CG
- AGENESIA RENAL CONGENITA IZQUIERDA
-NEFROANGIOESCLEROSIS HIPERTENSIVA
2. HIPERTENSIONA RTERIAL CRONICA
3. INSUFICIENCIA AORTICA MODERADA. FEVI 60%
4. DISLIPIDEMIA
5 BAJA ADHERENCIA TERAPEUTICA - BAJA RED DE APOYO
6, ROTOESCOLIOSIS DERECHA
7. OSTEOPOROSIS - NO CANDIDATA A MANEJO CON BIFOSFONATOS POR TFG
8. INSUFICIENCIA VENOSA CEAP 2
9. PREDIABETES
10. HIPOTIROIDIMO PRIMARIO // TSH 25.4
11. INSTITUCIONALIZADA CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO " CASA DEL MENDIGO "
12. SÍNDROME DE DISMOVILIDAD Y DEPENDENCIA

PACIENTE QUIEN CUENTA CON SERVICIO DE HOMECARE POR DIFICULTAD PARA SU TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN.

S: CUIDADOR (DANNY ESCOBAR) REFIERE VER A LA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN EMBARGO SE OBSERVA DEPLECION MUSCULAR MARCADA EN LOS ULTIMOS MESES, SE LE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS DE LA MANERA INDICADA, HA CURSADO ASINTOMÁTICA CARDIOVASCULAR, CON DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES, BUENA TOLERANCIA A LA VÍA ORAL, BUEN PATRÓN DE SUEÑO.
NIEGA LESIONES EN LA PIEL, NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS RESPIRATORIOS NI GASTROINTESTINALES, NO FIEBRE, TUVO UN INGRESO POR URGENCIAS EN EL ULTIMO MES POR DOS EPISODIOS DE EPISTAXIS EN 24 HORAS, 1 DIA DE OBSERVACION , DAN EGRESO CON ACIDO TRANEXAMICO Y OXIMETAZOLINA., AHORA PRESENTA MÚLTIPLES EQUIMOSIS EN EXTREMIDADES SUPERIORES,
HA CONTINUADO CONTROLES EN PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, SIN REPORTE DE CAMBIOS EN LA MEDICACIÓN DE BASE.
VALORADA POR MEDICINA INTERNA EL DIA 31.03.2023 SUSPENDE CALCITRIOL TEMPORALMENTE CON EL FIN DE EVITAR ENFERMEDAD OSEA DE BAJO RECAMBIO.TSH FUERA DE METAS POR MALA ADEHERENCIA A MANEJO , FARMACOLOGICO, NO REALIZA AJUSTE EN MEDICACIÓN. ADEMAS ANEMIA SEVERA DE ORIGEN FERROPENICO + ERC . SOLICITA VALORACIN POR PRIORITARIA POR OTORRINONARINGOLOGIA. INDICA CONTIUAR CON SUPLENCIA DE HIERRO + 1 EPO SEMANAL.
TIENE PENDIENTE VALORACION POR NEROLOGIA
RESULTADOS DE PARACLINICOS SUMINISTRADOS POR HISTORIA CLINICA GESENCRO.

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

MARZO 2023
CREAT: 2.23 MG/DL
BUN 37 MG/DL

## REVISION POR SISTEMAS

| | | |
|---|---|---|
| **General:** EPIXTASIS | **Cardiovascular:** NO REFIERE | **Respiratorio:** NO REFIERE |
| **Gastrointestinal:** NO REFIERE | **Genitourinario:** NO REFIERE | **Neurosensorial:** NO REFIERE |
| **Endocrino:** NO REFIERE | **Locomotor:** NO REFIERE | **Piel y anexos:** NO REFIERE |
| **Ginecológico:** NO REFIERE | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Neonatal/Infancia** NO REFIERE | **Tóxicos** NO REFIERE | **Traumáticos** NO REFIERE |
| **Patológicos** 1. ERC G5ND A2 TFG 12.2 ML/MIN POR CG - AGENESIA RENAL CONGENITA IZQUIERDA 2. HIPERTENSIONA RTERIAL CRONICA 3. INSUFICIENCIA AORTICA MODERADA. FEVI 60% 4. DISLIPIDEMIA 5 BAJA ADHERENCIA TERAPEUTICA - BAJA RED DE APOYO 6, ROTOESCOLIOSIS DERECHA 7 | **Quirúrgicos** NO REFIERE | **Medicamentos** NO REFIERE |
| **Antecedentes sociodemográficos** NO REFIERE | **Alérgicos** - | **Otros** NO REFIERE |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | |
|---|---|---|
| **Cancer** NO REFIERE | **Diabetes** NO REFIERE | **Hipertensión** NO REFIERE |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 11:02 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38021

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 86 Años 2 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 29645271 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1937-02-17
**Nombres:** CLARIVEL **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2728026 - 3155607504
**Apellidos:** VIZCAYA

**Tipo de Consulta:** Presencial

| | | |
|---|---|---|
| **Enf.Coronaria**<br>NO REFIERE | **Psiquiatricos**<br>NO REFIERE | **Epilepsia**<br>NO REFIERE |
| **Asma**<br>NO REFIERE | **Tuberculosis**<br>NO REFIERE | **Otros**<br>NO REFIERE |

### BARTHEL

| | | |
|---|---|---|
| **Comer**<br>5 - Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. | **Trasladarse**<br>5 - Necesita ayuda importante (1 o 2 personas entrenadas), puede estar sentado | **Aseo**<br>0 - Necesita ayuda con aseo personal |
| **Retrete**<br>0 - Dependiente | **Ducharse**<br>0 - Dependiente | **Desplazarse**<br>5 - Independiente en silla de ruedas en 50 m |
| **Escaleras**<br>5 - Necesita ayuda fisica o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta | **Ducharse**<br>0 - Dependiente | **Desplazarse**<br>5 - Independiente en silla de ruedas en 50 m |
| **Vestirse**<br>5 - Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda | **Heces**<br>5 - Accidente excepcional (uno/semana) | **Orina**<br>5 - Accidente excepcional (maximo uno/24 horas) |
| **Interpretación:** DEPENDENCIA SEVERA | | |

### EXAMEN FÍSICO

| **Impresión General:** | **Glasgow:** | **Etapa Dismovilidad:** | **Sub Etapa:** |
|---|---|---|---|
| BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR | 15/15 | 3 | A |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TA:** 135/80 | **FC:** 85 | **FR:** 18 | **SAT/O2:** 97% | **Talla:** 150 | **Peso:** 50.00 | **IMC:** 22.22 | Peso Normal |

| | | |
|---|---|---|
| **Cabeza y cuello:**<br>NORMOCEFALA SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS | **Estado Mental:**<br>ALERTA ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS MENTALES | **Organo de los sentidos:**<br>PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS CON ARO SENIL BILATERAL, ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS MUCOSAS HUMEDAS SIN LESIONES OROFARINGEAS PROTESIS DENTAL SUPERIOR |
| **Torax:**<br>NORMOEXPANSIBLE CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS CARDIACOS AMBOS CAMPOS PULMONARES VENTILAD SIN SOBREAGREGADOS | **Abdomen:**<br>PERISTALSTIMO PRESENTE BLANDO DEPREISBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN VISCEROMEGALIAS NO SENSACION DE MASAS | **Columna vertebral:**<br>CIFOSIS DORSOLUMBAR |
| **Genito Urinario:**<br>NO SE EXPLORA | **Extremidades:**<br>SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS CON PULSOS DISTALES PRESENTES LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS. MULTIPLES EQUIMOSIS EN EXTREMIDADES DE PREDOMINIO EN EXTREMIDADES SUPERIORES. | **Sistema Nervioso central y osteomuscular:**<br>NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, LOGRA MARCHA A INTERVALOS LARGOS SIN AYUDA EXTERNA |
| **Piel y Anexos:**<br>SIN LESIONES | | |

### MEDIOS INVASIVOS

| NUTRICION | URINARIO | COLOSTOMIA | PERIFERICO CENTRAL | CATETER DE DIÁLISIS | TRAQUEOSTOMIA |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) Enteral | ( ) Sondas Vesicales | ( ) Sí | ( ) Cateter venoso central (CVC) | ( ) Si | NO |
| ( ) Paraenteral | ( ) Nefrostomia | ( X ) No | ( ) Cateter central de insercción periférica (PICC) | ( X ) No | |
| ( X ) Via Oral | ( ) Cistostomia | | ( ) Cateter venoso periférico | | |
| | ( X ) N/A | | ( ) Cateter subcutaneo | | |
| | | | ( X ) N/A | | |

| ANÁLISIS | PLAN/RECOMENDACIONES |
|---|---|
| PACIENTE FEMENINA DE 86 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:<br>1. ERC G5ND A2 TFG 12.2 ML/MIN POR CG<br>- AGENESIA RENAL CONGENITA IZQUIERDA<br>2. HIPERTENSIONA RTERIAL CRONICA<br>3. INSUFICIENCIA AORTICA MODERADA. FEVI 60%<br>4. DISLIPIDEMIA<br>5 BAJA ADHERENCIA TERAPEUTICA - BAJA RED DE APOYO<br>6, ROTOESCOLIOSIS DERECHA<br>7. OSTEOPOROSIS | -- Visita medica bimensual<br>-- Se renueva formula de medicamentos para 2 meses desde el mes siguiente ** MAYO**<br>-- Se renuevan ordenamientos<br>--Pte valoracion por otorrinolaringología<br>-- Se dan recomendaciones y signos de alarma<br><br>MEDICAMENTOS |

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 86 Años 2 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 29645271 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1937-02-17
**Nombres:** CLARIVEL **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2728026 - 3155607504
**Apellidos:** VIZCAYA

**Tipo de Consulta:** Presencial

| | |
|---|---|
| 8. INSUFICIENCIA VENOSA CEAP 2<br>9. PREDIABETES<br>10. HIPOTIROIDIMO PRIMARIO // TSH 25.4<br>11. INSTITUCIONALIZADA CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO " CASA DEL MENDIGO "<br>12. SÍNDROME DE DISMOVILIDAD Y DEPENDENCIA<br><br>PACIENTE CON LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DESCRITOS, ADEMÁS INSTITUCIONALIZADA, QUIEN ACTUALMENTE CUENTA CON SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA POR DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS.<br>ENCUENTRO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD, PARCLINICOS REPORTAN FUNCION RENAL ALTERADAPERO ESTABLE RESECTO A CONTROL BASAL, ANEMIA FERROPENICA SEVERA POSIBLE ETIOLOGIA DE EPIXTASIS RECURRENTE, PENDIENTE VALORACION POR OTORRINONARINGOLOGIA. NO SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIA, TOLERANDO MEDICACION, SE REALIZAN AJUSTES EN FORMULA DADOS POR ESPECIALIDAD TRATANTE, CONTINUAR MANEJO ESTABLECIDO PARA EVITAR INVOLUCIÓN DE PACIENTE. ACTUALIZO ORDENAMIENTOS.<br>SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: DOLOR EN EL PECHO, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CEFALEA INTENSA, EMESIS EN PROYECTIL, HEMORRAGIA O ALGUN SIGNO QUE LO ALARME. | ERITROPOYETINA SUBCUTANEA 1 SEMANAL<br>LEVOTIROXINA 50 MCG DIA<br>METOPROLOL 50 MG CADA 12 HRS<br>NIFEDIPINO 30 MG CADA 8 HORAS<br>EPO 2000 UI ** SEMANAL **<br>TIAMINA 300 MG DIA<br>S. FERROSO 300 MG DIA<br>CALCIO 600 + VITAMINA D<br><br>CALCICTRIOL ** SUSPENDIDIO **<br><br>** FORMULA VIGENTE GESENCRO ABRIL 2023 **<br><br><br>HABITOS DE VIDA SALUDABLE, ELEVAR PIERNAS.<br>RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR POR URGENCIAS, DOLOR DEL PECHO, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, EMESIS EN PROYECTIL, HEMORRAGIA. |

### PLAN TERAPEUTICO

| Equipos: | Medicamentos Escritos: | Insumos Escritos: |
|---|---|---|
| | ERITROPOYETINA SUBCUTANEA 1 SEMANAL CALCIO 1 TABLETA AL DÍA ** SUSPENDIDO ** LEVOTIROXINA 50 MCG DIA METOPROLOL 50 MG CADA 12 HRS NIFEDIPINO 30 MG CADA 8 HORAS EPO 2000 UI ** SEMANAL ** TIAMINA 300 MG DIA S. FERROSO 300 MG DIA CALCIO 600 + VITAMINA D | |

### CLASIFICACION DE RIESGO

| Riesgo Ulcera: | Riesgo psicosocial: |
|---|---|
| **BAJO RIESGO CON PUNTAJE DE 16** | **BAJO** |

### DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |
| **I10X** | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |
| **N181** | ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA |

### DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **D508** | OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 11:02
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **29645271** | **CLARIVEL** | | **VIZCAYA** | | **F** | **1937-02-17** | **86 años 2 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Calle 37 Carrera 25 36** | **OBRERO** | **2728026 - 3155607504** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2728026 - 3155607504** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**I10X** HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
**N181** ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**D508** OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO

## FORMULA MEDICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| : | | | | | |
| ACETAMINOFEN 500MG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB CADA 8 HORAS | **Cant.** 120 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| ERITROPOYETINA HUMANA RECOMBINANTE SOLUCIÓN 2000UI/mL INYECTABLE | **Dosis** 1 AMPOLLA SEMANALES | **Cant.** 8 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el siguiente) | **Via.** Subcutaneo | **Observaciones** MAYO, JUNIO |
| : | | | | | |
| NIFEDIPINA 30MG TABLETAS | **Dosis** 1 TABLETA CADA 8 HORAS | **Cant.** 180 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el siguiente) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** MAYO, JUNIO |
| : | | | | | |
| LEVOTIROXINA 50MCG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el siguiente) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** MAYO, JUNIO |
| : | | | | | |
| METOPROLOL TABLETA 50MG | **Dosis** 1 TAB CADA 12 HORAS | **Cant.** 120 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el siguiente) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** MAYO, JUNIO |
| : | | | | | |
| TIAMINA TABLETA 300MG | **Dosis** 1 TAB CADA DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el siguiente) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** MAYO, JUNIO |
| : | | | | | |
| SULFATO FERROSO 300MG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB CADA DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el siguiente) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** MAYO, JUNIO |
| : | | | | | |
| CARBONATO DE CALCIO 600MG VITAMINA D 300MG TABLETA | **Dosis** 1 TAB CADA DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el siguiente) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** MAYO, JUNIO |

Laura Sofia Benavides A.
Médica General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 10:41 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38016

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 92 Años 10 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 28509486 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1930-06-29
**Nombres:** MARIA AMPARO **Dirección:** CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2829954- 3136136803
**Apellidos:** RODRIGUEZ CAMPOS

**Tipo de Consulta:** Presencial

## ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 92 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:

1. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR
2. INCONTINENCIA MIXTA
3. INSTITUCIONALIZADA HOGAR GERIATRICO " CASA DEL MENDIGO"

PACIENTE CON MOVILIDAD REDUCIDA POR EDAD, ADEMÁS INSTITUCIONALIZADA, QUIEN ACTUALMENTE CUENTA CON SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA POR DIFICULTAD PARA SU TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN.

S: CUIDADOR (DANI ESCOBAR) REFIERE VER A LA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SE LE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS DE LA MANERA INDICADA, SIN EMABRGO HA PRESENTADO TOS PRODUCTIVA CON EXPECTORACION VERDOSA, ADEMAS LESIONES PUNTIFORMES EN TRONCO Y EXTREMIDADES ASOCIADAS A PRURITO GENERALIZADO Y ERITEMA PERILESIONAL, HA CURSADO ASINTOMÁTICA CARDIOVASCULAR APARENTEMENTE, CON DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES, BUENA TOLERANCIA A LA VÍA ORAL, BUEN PATRÓN DE SUEÑO.
NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES, NO FIEBRE, NO REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA A SERVICIO DE URGENCIAS.
NO SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA.
HA CONTINUADO CONTROLES EN PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, NO REPORTA CAMBIOS EN LA MEDICACIÓN DE BASE. NO APORT HISTORIA CLINICA RECIENTE.
TIENE PENDIENTE TOMA DE ESTUDIOS SOLICITADOS EN CONTROL PREVIO, LOS CUALES NO SE HAN PODIDO REALIZAR POR DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS.

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

## REVISION POR SISTEMAS

| | | |
|---|---|---|
| **General:** NO REFIERE | **Cardiovascular:** NO REFIERE | **Respiratorio:** NO REFIERE |
| **Gastrointestinal:** NO REFIERE | **Genitourinario:** NO REFIERE | **Neurosensorial:** NO REFIERE |
| **Endocrino:** NO REFIERE | **Locomotor:** NO REFIERE | **Piel y anexos:** NO REFIERE |
| **Ginecológico:** NO REFIERE | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Neonatal/Infancia** | **Tóxicos** EXPOSICION A HUMO DE LEÑA | **Traumáticos** |
| **Patológicos** | **Quirúrgicos** | **Medicamentos** |
| **Antecedentes sociodemográficos** | **Alérgicos** - | **Otros** |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | |
|---|---|---|
| **Cancer** | **Diabetes** | **Hipertensión** |
| **Enf.Coronaria** | **Psiquiatricos** | **Epilepsia** |
| **Asma** | **Tuberculosis** | **Otros** |

## BARTHEL

| | | |
|---|---|---|
| **Comer** 5 - Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. | **Trasladarse** 5 - Necesita ayuda importante (1 o 2 personas entrenadas), puede estar sentado | **Aseo** 0 - Necesita ayuda con aseo personal |
| **Retrete** 0 - Dependiente | **Ducharse** 0 - Dependiente | **Desplazarse** 5 - Independiente en silla de ruedas en 50 m |
| **Escaleras** 0 - Incapaz | **Ducharse** 0 - Dependiente | **Desplazarse** 5 - Independiente en silla de ruedas en 50 m |
| **Vestirse** 5 - Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda | **Heces** 0 - Incontinente (o necesita que le suministren enema) | **Orina** 0 - Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 10:41 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38016

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 92 Años 10 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 28509486 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1930-06-29
**Nombres:** MARIA AMPARO **Dirección:** CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2829954- 3136136803
**Apellidos:** RODRIGUEZ CAMPOS

**Tipo de Consulta:** Presencial

**Interpretación:** DEPENDENCIA SEVERA

### EXAMEN FÍSICO

| Impresión General: | Glasgow: | Etapa Dismovilidad: | Sub Etapa: |
|---|---|---|---|
| BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR | 15/15 | 4 | B |

| TA: 120/70 | FC: 69 | FR: 16 | SAT/O2: 96% | Talla: 150 | Peso: 55.00 | IMC: 24.44 | Peso Normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Cabeza y cuello:** NORNOCEFALA SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR | **Estado Mental:** ALERTA, DESORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, LENGUAJE INCOHERENTE | **Organo de los sentidos:** PUPILAS ISOCORICAS NORMORECTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HUMEDAS SIN LESIONES OROFARINGEAS |
| **Torax:** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, RUIDOS PULMONARES PRESENTE CON SIBILANCIAS OCASIONALES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO RETRACCIONES | **Abdomen:** PERISTALSTIMO PRESENTE BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION CON DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES, SIN VISCEROMEGALIAS | **Columna vertebral:** CIFOESCOLIOSIS DORSOLUMBAR |
| **Genito Urinario:** USO DE PAÑAL | **Extremidades:** SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS CON PULSOS DISTALES PRESENTES LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS | **Sistema Nervioso central y osteomuscular:** ARCOS DE MOVILIDAD REDUCIDOS NO ASIMETRIA FACIAL, NO DEIFICT MOTOR O SENSITIVO AGUDO, SE APRECIA LIMITACION PARA LA BIPEDESTACION. |
| **Piel y Anexos:** DERMATITIS EN ÁREA DE PAÑAL. LESIONES PUNTIFORMES EN TRONCO Y EXTREMIDADES ERITEMATOSAS. | | |

### MEDIOS INVASIVOS

| NUTRICION | URINARIO | COLOSTOMIA | PERIFERICO CENTRAL | CATETER DE DIÁLISIS | TRAQUEOSTOMIA |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) Enteral | ( ) Sondas Vesicales | ( ) Sí | ( ) Cateter venoso central (CVC) | ( ) Si | NO |
| ( ) Paraenteral | ( ) Nefrostomia | ( ) No | ( ) Cateter central de insercción periférica (PICC) | ( X ) No | |
| ( ) Via Oral | ( ) Cistostomia | | ( ) Cateter venoso periférico | | |
| | ( ) N/A | | ( ) Cateter subcutaneo | | |
| | | | ( ) N/A | | |

| ANÁLISIS | PLAN/RECOMENDACIONES |
|---|---|
| PACIENTE FEMENINA DE 92 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:<br><br>1. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR<br>2. INCONTINENCIA MIXTA<br>3. EPOC??<br>4. INSTITUCIONALIZADA HOGAR GERIATRICO " CASA DEL MENDIGO"<br><br>PACIENTE DE 92 AÑOS EN ETAPA DE ENCAMAMIENTO ASOCIADO A EDAD Y PATOLOGÍAS DE BASE, ADEMÁS INSTITUCIONALIZADA, QUIEN CUENTA CON HOMECARE POR DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS.<br><br>ENCUENTRO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN EMBARGO CON CUADRO CLINICO SUGESTIVO DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA SOBREINFECTADA , PACIENTE QUIEN REFIERE EXPOSICION A HUMO DE LEÑA DE LARGA DATA ADEMAS CON HISTORIA DE INHALOTERAPIA.ADICIONALMENTE CURSANDO CON CUADRO CLINICO DE ESCABIOSIS. BRINDO MANEJO SINTOMATICO Y ANTIBIOTICO PARA CUADRO CLINICO MENCIONADO. NO SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIA, TOLERANDO MEDICACION Y MANEJO MEDICO POR LO QUE CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO PARA EVITAR INVOLUCION DE PACIENTE. ACTUALIZO ORDENAMIENTOS.<br>SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: DOLOR EN EL PECHO, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CEFALEA INTENSA, EMESIS EN PROYECTIL, HEMORRAGIA O ALGUN SIGNO QUE LO ALARME.<br><br>PENDIENTES ESTUDIOS DE RUTINA PARA ESTADIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR.<br>CONTINÚA MANEJO MÉDICO ESTABLECIDO Y CONTROLES MÉDICOS CADA 2 MESES.<br>SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADO Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR DE INMEDIATO. | -- Visita medica bimensual<br>-- Se renueva formula de medicamentos por 2 meses<br>-- Se renuevan ordenamientos<br>-- Se renueva fórmula de insumos<br>-- Se dan recomendaciones y signos de alarma<br><br>MEDICAMENTOS<br><br>ESCITALOPRAM 10MG AL DÍA<br>ACETAMINOFEN 500MG CADA 8 HORAS<br>CLOTRIMAZOL + BETAMETASONA EN AREA DE PAÑAL<br>B-IPRATROPIO 2 PUFF CADA 8 HORAS<br>AMOXICICILINA + CLAVULANATO TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 7 DIAS ** NUEVO **<br>IVERMECTINA 65 GOTAS DOSIS UNICA ** NUEVO **<br>BENZOATO DE BENCILO APLICAR EN LESIONES PUNTIFORME CADA 8 HORAS POR 7 DIAS ** NUEVO **<br>(ABRIL, MAYO )<br><br>Prevención de caídas y úlceras por presión, asistencia a citas con especialistas y toma de estudios. Signos de alarma para consultar de inmediato: Dolor de pecho intenso, Dolor de cabeza intenso, acompañado por confusión y visión borrosa, Náuseas y vómitos, Ansiedad grave, Dificultad para respirar, Convulsiones, Falta de reacción |

### PLAN TERAPEUTICO

| Equipos: | Medicamentos Escritos: | Insumos Escritos: |
|---|---|---|

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 10:41 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38016

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 92 Años 10 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 28509486 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1930-06-29
**Nombres:** MARIA AMPARO **Dirección:** CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2829954- 3136136803
**Apellidos:** RODRIGUEZ CAMPOS

**Tipo de Consulta:** Presencial

| | | |
|---|---|---|
| | ESCITALOPRAMM 10MG AL DÍA, ACETAMINOFEN 500MG CADA 8 HORAS, CLOTRIMAZOL + BETAMETASONA EN AREA DE PAÑAL (ABRIL, MAYO ) | PAÑAL ADULTO TALLA L #720, ALMIPRO X500GR #6 (ABRIL, MAYO,JUNIO,JULIO,AGOSTO,SEPTIEMBRE) - MIPRES20230428152035757944 |

### CLASIFICACION DE RIESGO

| | |
|---|---|
| **Riesgo Ulcera:** **ALTO RIESGO CON PUNTAJE DE 6** | **Riesgo psicosocial:** **ALTO** |

### DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |
| **R268** | OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS |
| **F03X** | DEMENCIA , NO ESPECIFICADA |

### DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **F064** | TRASTORNO DE ANSIEDAD, ORGANICO |
| **R32X** | INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 10:41
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **28509486** | **MARIA** | **AMPARO** | **RODRIGUEZ** | **CAMPOS** | **F** | **1930-06-29** | **92 años 10 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CASA DEL MENDIGO** | **OBRERO** | **2829954- 3136136803** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2829954- 3136136803** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**R268** OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS
**F03X** DEMENCIA , NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**F064** TRASTORNO DE ANSIEDAD, ORGANICO
**R32X** INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

## FORMULA MEDICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| : | | | | | |
| ESCITALOPRAM 10MG TABLETAS | **Dosis** TOMAR UNA DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| OXIDO DE ZINC 500 GR | **Dosis** APLICAR CADA 6 HORAS | **Cant.** 6 | **Frecuencia.** 6 Meses (desde el actual) | **Via.** Uso externo de piel | **Observaciones** (ABRIL, MAYO,JUNIO,JULIO,AGOSTO,SEPTIEMBRE) |
| : | | | | | |
| ACETAMINOFEN 500MG TABLETAS | **Dosis** 1 CADA 8 HORAS SI HAY DOLOR | **Cant.** 120 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| CLOTRIMAZOL 1% 40GR CREMA TOPICA | **Dosis** APLICAR EN AREA DE LA LESION CADA 12 HRS | **Cant.** 4 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Uso externo de piel | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| BETAMETASONA 0.05% 40GR CREMA TOPICA | **Dosis** APLICAR EN AREA DE LA LESION CADA 12 HRS | **Cant.** 4 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Uso externo de piel | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| BENZOATO DE BENCILO 120ML | **Dosis** APLICAR CADA 8 HORAS EN ZONAS DE LESION | **Cant.** 1 | **Frecuencia.** 7 Días | **Via.** Uso externo de piel | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| IVERMECTINA 0.6% 5ML FCO GOTERO | **Dosis** 65 GOTAS DOSIS UNICA | **Cant.** 1 | **Frecuencia.** 1 Días | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCION PARA INHALAR 20MCG | **Dosis** 2 PUFF CADA 8 HORAS | **Cant.** 2 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Inhalado | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| AMOXICILINA/ACIDO CLAVULANICO 875mg/125mg TABLETA | **Dosis** 1 TAB CADA 8 HORAS | **Cant.** 21 | **Frecuencia.** 7 Días | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

# PLAN DE MANEJO

| Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) |
|---|
| 2023-04-28 08:39:49 |
| **Nro. Prescripción** |
| 20230428152035757944 |

## DATOS DEL PRESTADOR

| Departamento: | Municipio: | Código Habilitación: |
|---|---|---|
| VALLE DEL CAUCA | PALMIRA | 765200668809 |

| Documento de Identificación: | Nombre Prestador de Servicios de Salud: |
|---|---|
| 815005074 | TODOMED LTDA PALMIRA |
| **Dirección:** | **Teléfono:** |
| CARRERA 24 A # 19 - 43 DE PALMIRA | 2859844 - 312 8739318 - 313 7501759 |

## DATOS DEL PACIENTE

| Documento de Identificación: | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre: |
|---|---|---|---|---|
| CC28509486 | RODRIGUEZ | CAMPOS | MARIA | AMPARO |

| Número Historia Clínica: | Diagnóstico Principal: | Usuario Régimen: | Ambito atención: |
|---|---|---|---|
| 28509486 | R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA | SUBSIDIADO | HOSPITALARIO - DOMICILIARIO |

## SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

| Tipo prestación | Servicio Complementario | Indicaciones/Recomendaciones | Cantidad | Frecuencia Uso | Duración Tratamiento (Cantidad - Período) | Cantidad Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SUCESIVA | PAÑALES | PAÑAL ADULTO TALLA L, CAMBIO ESTRICTO 4 VECES AL DIA PARA LESIONES IRRITATIVAS DE LA PIEL | 1 | 6 HORA(S) | 6 MES(ES) | 720 |

## PROFESIONAL TRATANTE

| Documento de Identificación: | Nombre: |
|---|---|
| CC1004189949 | LAURA SOFIA BENAVIDES ACOSTA |
| **Registro Profesional:** | |
| 1004189949 | Firma |
| **Especialidad:** | CodVer: AEEF-F46B-8E1D-DE77-AB6F-470F-1D5F-765B |

**La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.**

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 10:41
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **28509486** | **MARIA** | **AMPARO** | **RODRIGUEZ** | **CAMPOS** | **F** | **1930-06-29** | **92 años 10 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CASA DEL MENDIGO** | **OBRERO** | **2829954- 3136136803** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2829954- 3136136803** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**R268** OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS
**F03X** DEMENCIA , NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**F064** TRASTORNO DE ANSIEDAD, ORGANICO
**R32X** INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

## FORMULA MEDICA

**:**

| | **Dosis** | **Cant.** | **Frecuencia.** | **Via.** | **Observaciones** |
|---|---|---|---|---|---|
| PAÑAL ADULTO TALLA L | CAMBIO DE PAÑAL 4 VECES AL DÍA | 720 | 6 Meses (desde el actual) | Uso externo de piel | ((ABRIL, MAYO,JUNIO,JULIO,AGOSTO,SEPTIEMBRE) |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 11:11 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38023

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 82 Años 8 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 1114546861 **Sexo:** Masculino **Fecha Nac.:** 1940-08-15
**Nombres:** GUILLERMO **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2829954
**Apellidos:** LOPEZ

**Tipo de Consulta:** Presencial

## ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 82 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE:
1. ESQUIZFORENIA
2. EPILEPSIA
3. INSTITUCIONALIZADO HOGAR GERIATRICO " CASA DEL MENDIGO"

PACIENTE CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y COGNITIVA RELACIONADAS, ADEMÁS INSTITUCIONALIZADO, QUIEN CUENTA CON SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA POR DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS.

S: CUIDADOR (DANI ESCOBAR ) REFIERE VER AL PACIENTE EN BUENAS CONDICONES GENERALES, SE LE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS DE LA MANERA INDICADA, HA CURSADO ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR APARENTEMENTE, ULTIMO EPISODIO COLVIVO TONICO CLONICO HACE UN MES DE POCOS SEGUNDOS DE DURACION. CON DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES, BUENA TOLERANCIA A LA VÍA ORAL, BUEN PATRÓN DE SUEÑO.
NIEGA LESIONES EN LA PIEL, NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES NI RESPIRATORIOS, NO FIEBRE, NO REQUERIMIENTO DE TRASLADOS A URGENCIAS.
REFIERE CUIDADORA QUE NO SE LE HAN REALIZADO ESTUDIOS DE RUTINA POR NO CONTAR CON AUTORIZACIÓN DE LOS MISMOS.

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

## REVISION POR SISTEMAS

| | | |
|---|---|---|
| **General:** NO REFIERE | **Cardiovascular:** NO REFIERE | **Respiratorio:** NO REFIERE |
| **Gastrointestinal:** NO REFIERE | **Genitourinario:** NO REFIERE | **Neurosensorial:** NO REFIERE |
| **Endocrino:** NO REFIERE | **Locomotor:** NO REFIERE | **Piel y anexos:** NO REFIERE |
| **Ginecológico:** NO REFIERE | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Neonatal/Infancia** | **Tóxicos** | **Traumáticos** |
| **Patológicos** 1. ESQUIZFORENIA 2. EPILEPSIA | **Quirúrgicos** | **Medicamentos** |
| **Antecedentes sociodemográficos** | **Alérgicos** - | **Otros** |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | |
|---|---|---|
| **Cancer** | **Diabetes** | **Hipertensión** |
| **Enf.Coronaria** | **Psiquiatricos** | **Epilepsia** |
| **Asma** | **Tuberculosis** | **Otros** |

## BARTHEL

| | | |
|---|---|---|
| **Comer** 5 - Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. | **Trasladarse** 10 - Necesita algo de ayuda (una pequena ayuda fisica o verbal) | **Aseo** 5 - Independiente para lavarse cara, manos y dientes |
| **Retrete** 5 - Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo | **Ducharse** 5 - Independiente para bañarse o ducharse | **Desplazarse** 10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o verbal) |
| **Escaleras** 5 - Necesita ayuda fisica o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta | **Ducharse** 5 - Independiente para bañarse o ducharse | **Desplazarse** 10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o verbal) |
| **Vestirse** 5 - Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda | **Heces** 10 - Continente | **Orina** 10 - Continente, durante al menos 7 dias |
| **Interpretación:** DEPENDENCIA MODERADA | | |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 11:11 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38023

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 82 Años 8 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 1114546861 **Sexo:** Masculino **Fecha Nac.:** 1940-08-15
**Nombres:** GUILLERMO **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2829954
**Apellidos:** LOPEZ

**Tipo de Consulta:** Presencial

### EXAMEN FÍSICO

| Impresión General: | Glasgow: | Etapa Dismovilidad: | Sub Etapa: |
|---|---|---|---|
| BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, NO SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR | 15/15 | 3 | A |

| TA: 128/85 | FC: 60 | FR: 16 | SAT/O2: 97% | Talla: 170 | Peso: 60.00 | IMC: 20.76 | Peso Normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Cabeza y cuello:** NORMOCEFÁLICO, CUELLO MÓVIL SIN MASAS | **Estado Mental:** AFÁSICO, COLABORADOR, ADECUADO CONTACTO CON ENTORNO | **Organo de los sentidos:** ESCLERAS ANICTÉRICAS, PUPILAS NORMORREACTIVAS, CONJUNTIVAS ROSADAS. MUCOSA ORAL HÚMEDA |
| **Torax:** NORMOEXPANSIBLE CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS CARDIACOS AMBOS CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS EN EL MOMENTO | **Abdomen:** PERISTALSTIMO PRESENTE BLANDO DEPREISBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN VISCEROMEGALIAS | **Columna vertebral:** CIFOSIS DORSAL |
| **Genito Urinario:** NO SE EXPLORA | **Extremidades:** SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS CON PULSOS DISTALES PRESENTES LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS | **Sistema Nervioso central y osteomuscular:** NO DEFICIT MOTOR NO DEFICIT SENSTITIVO FUERZA EN 4 EXTREMIDADES 5/5, NO SIGNOS MENINGEOS NO AUMENTO DE LA BASE DE SUSTENTACION |
| **Piel y Anexos:** SIN LESIONES | | |

### MEDIOS INVASIVOS

| NUTRICION | URINARIO | COLOSTOMIA | PERIFERICO CENTRAL | CATETER DE DIÁLISIS | TRAQUEOSTOMIA |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) Enteral | ( ) Sondas Vesicales | ( ) Sí | ( ) Cateter venoso central (CVC) | ( ) Si | NO |
| ( ) Paraenteral | ( ) Nefrostomia | ( X ) No | ( ) Cateter central de insercción periférica (PICC) | ( X ) No | |
| ( X ) Via Oral | ( ) Cistostomia | | ( ) Cateter venoso periférico | | |
| | ( X ) N/A | | ( ) Cateter subcutaneo | | |
| | | | ( X ) N/A | | |

| ANÁLISIS | PLAN/RECOMENDACIONES |
|---|---|
| PACIENTE MASCULINO DE 82 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE:<br>1. ESQUIZFORENIA<br>2. EPILEPSIA<br>3. INSTITUCIONALIZADO HOGAR GERIATRICO " CASA DEL MENDIGO"<br><br>PACIENTE MASCULINO DE 82 AÑOS EN ETAPA DE ENCAMAMIENTO ASOCIADO A EDAD Y PATOLOGÍAS DE BASE, ADEMÁS INSTITUCIONALIZADO, QUIEN CUENTA CON SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA POR DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS.<br>ENCUENTRO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD, NO HA PRESENTADO ESPISODIOS CONVULSIVOS RECURRENTES, NO SINTOMATOLOGÍA CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIA, TOLERANDO MEDICACION Y MANEJO MEDICO POR LO QUE CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO PARA EVITAR INVOLUCION DE PACIENTE. ACTUALIZO ORDENAMIENTOS.<br>SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: DOLOR EN EL PECHO, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CEFALEA INTENSA, EMESIS EN PROYECTIL, HEMORRAGIA O ALGUN SIGNO QUE LO ALARME.<br>NO SE HAN PODIDO TOMAR ESTUDIOS DE RUTINA PARA ESTADIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR POR DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS.<br>CONTINÚA CONTROLES MÉDICOS CADA 2 MESES.<br>SE INDICA CONTINUAR MANEJO MÉDICO ESTABLECIDO.<br>NO ESTA EN SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES.<br>SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADO Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR DE INMEDIATO. | -- Visita medica bimensual<br>-- Se renueva formula de medicamentos por 2 meses<br>-- Se renuevan ordenamientos<br>-- Se dan recomendaciones y signos de alarma<br><br>Prevención de caídas y úlceras por presión, asistencia a citas con especialistas y toma de estudios. Signos de alarma para consultar de inmediato: Dolor de pecho intenso, Dolor de cabeza intenso, acompañado por confusión y visión borrosa, Náuseas y vómitos, Ansiedad grave, Dificultad para respirar, Convulsiones, Falta de reacción |

### PLAN TERAPEUTICO

| Equipos: | Medicamentos Escritos: | Insumos Escritos: |
|---|---|---|
| | TRAZODONA 50 MG DIA ACIDO VALPROICO 2 TABLETAS CADA 12 HRS QUETIAPINA 50 MG CADA 24 HRS (ABRIL,MAYO) | |

### CLASIFICACION DE RIESGO

| Riesgo Ulcera: | Riesgo psicosocial: |
|---|---|
| **BAJO RIESGO CON PUNTAJE DE 16** | **ALTO** |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 11:11 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38023

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 82 Años 8 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 1114546861 **Sexo:** Masculino **Fecha Nac.:** 1940-08-15
**Nombres:** GUILLERMO **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2829954
**Apellidos:** LOPEZ

**Tipo de Consulta:** Presencial

### DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD

### DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**R568** OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS
**F208** OTRAS ESQUIZOFRENIAS
**H913** SORDOMUDEZ, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

Laura Sofia Benavides A.
Médica General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 11:11
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **1114546861** | **GUILLERMO** | | **LOPEZ** | | **M** | **1940-08-15** | **82 años 8 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Calle 37 Carrera 25 36** | **OBRERO** | **2829954** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2829954** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**R568** OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS
**F208** OTRAS ESQUIZOFRENIAS
**H913** SORDOMUDEZ, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

## FORMULA MEDICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **:** | | | | | |
| TRAZODONA 50MG | **Dosis** TOMAR UNA CADA NOCHE | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| **:** | | | | | |
| ACIDO VALPROICO DE 500MG | **Dosis** 2 TABLETAS CADA 12 HORAS | **Cant.** 240 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| **:** | | | | | |
| QUETIAPINA 50MG TABLETAS | **Dosis** 1 CADA 24 HRS | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 10:04 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38010

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 79 Años 1 mes **Municipio:** - X -
**Identificación:** 26505262 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1944-03-10
**Nombres:** ELENA **Dirección:** HOGAR CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2728026 - 3155607504
**Apellidos:** JORDAN TEJADA

**Tipo de Consulta:** Presencial

## ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente femenina de 79 años, con diagnósticos de:

1. Diabetes mellitus no insulino requirente
2. Hipertensión arterial crónica
3. Cistoadenoma (2020?)
4. Institucionalizada hogar geriátrico " Casa del mendigo"

Presenta movilidad reducida por dolor articular en cadera, actualmente institucionalizada, cuenta con servicio de homecare por dificultad para su transporte y movilización.

S: Cuidador (DANI ESCOBAR ) refiere ver a la paciente en buenas condiciones generales, refiere dolor abdominal generalizado continuo y artralgias se le administran medicamentos de la manera indicada, ha cursado asintomática cardiovascular aparentemente, con diuresis y deposiciones normales, buena tolerancia a la vía oral, buen patrón de sueño.
Niega lesiones en la piel, no ha presentado síntomas gastrointestinales ni respiratorios, no asistencia a servicio de urgencias.
Ha continuado controles en programa de enfermedades crónicas, no reporta cambios en la medicación de base.
Tiene pendiente toma de estudios solicitados en controles previos.
Aun a la espera de valoración por ginecología oncológica, hasta el momento no se tiene información de la cita, no aportan historia clínica.

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

## REVISION POR SISTEMAS

| | | |
|---|---|---|
| **General:** NO REFIERE | **Cardiovascular:** NO REFIERE | **Respiratorio:** NO REFIERE |
| **Gastrointestinal:** NO REFIERE | **Genitourinario:** NO REFIERE | **Neurosensorial:** NO REFIERE |
| **Endocrino:** NO REFIERE | **Locomotor:** Gonalgia izquierda de alta intensidad | **Piel y anexos:** NO REFIERE |
| **Ginecológico:** NO REFIERE | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Neonatal/Infancia** NO REFIERE | **Tóxicos** NO REFIERE | **Traumáticos** NO REFIERE |
| **Patológicos** 1. Diabetes mellitus no insulino requirente 2. Hipertensión arterial crónica 3. Cistoadenoma (2020?) | **Quirúrgicos** NO REFIERE | **Medicamentos** METFORMINA TAB 500 MG AL DIA LOSARTAN TAN 50 MG AL DIA PREGABALINA TAB 75 MG, CADA 12 HORAS ACETAMINOFEN TAB 500 MG, 1 GR CADA 12 HORAS HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG AL DIA OMEPRAZOL TAB 20 MG EN AYUNAS |
| **Antecedentes sociodemográficos** NO REFIERE | **Alérgicos** - | **Otros** NO REFIERE |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | |
|---|---|---|
| **Cancer** NO REFIERE | **Diabetes** NO REFIERE | **Hipertensión** NO REFIERE |
| **Enf.Coronaria** NO REFIERE | **Psiquiatricos** NO REFIERE | **Epilepsia** NO REFIERE |
| **Asma** NO REFIERE | **Tuberculosis** NO REFIERE | **Otros** NO REFIERE |

## BARTHEL

| | | |
|---|---|---|
| **Comer** 5 - Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. | **Trasladarse** 10 - Necesita algo de ayuda (una pequena ayuda fisica o verbal) | **Aseo** 5 - Independiente para lavarse cara, manos y dientes |
| **Retrete** 5 - Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo | **Ducharse** 5 - Independiente para bañarse o ducharse | **Desplazarse** 10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o verbal) |
| **Escaleras** 5 - Necesita ayuda fisica o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta | **Ducharse** 5 - Independiente para bañarse o ducharse | **Desplazarse** 10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o verbal) |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 10:04 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38010

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 79 Años 1 mes **Municipio:** - X -
**Identificación:** 26505262 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1944-03-10
**Nombres:** ELENA **Dirección:** HOGAR CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2728026 - 3155607504
**Apellidos:** JORDAN TEJADA

**Tipo de Consulta:** Presencial

| **Vestirse** | **Heces** | **Orina** |
|---|---|---|
| 5 - Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda | 5 - Accidente excepcional (uno/semana) | 5 - Accidente excepcional (maximo uno/24 horas) |

**Interpretación:** DEPENDENCIA MODERADA

### EXAMEN FÍSICO

| **Impresión General:** | **Glasgow:** | **Etapa Dismovilidad:** | **Sub Etapa:** |
|---|---|---|---|
| Buenas condiciones generales, alerta, afebril, hidratada, no signos de dificultad para respirar | 15/15 | 3 | A |

| **TA:** | **FC:** | **FR:** | **SAT/O2:** | **Talla:** | **Peso:** | **IMC:** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 110/75 | 73 | 18 | 97% | 145 | 65.00 | 30.92 | Obeso: Tipo I |

| | | |
|---|---|---|
| **Cabeza y cuello:** normocefala sin lesiones en cuero cabelludo, cuello movil sin adenopatias con traquea centrada | **Estado Mental:** alerta colaboradora orientada en las 3 esferas mentales | **Organo de los sentidos:** pupilas isocoricas normoreactivas con escleras anictericas aro senil , conjuntivas rosadas mucosas humedas sin lesiones orofranigeas, no protesis dental con desgaste de encia superior e inferior |
| **Torax:** normoexpansible ruidos cardiacos ritmicos regulare sin soplos cardiacos ambos campos pulmonares ventilados sin sobreagregados | **Abdomen:** peristaltsimo presente , a la palpacion blando depresible con leve dolor a la palpacion en hipogastrio, puño percusion bilateral negativo, sin visceromegalias palpables sin signos de irritacion peritoneal | **Columna vertebral:** sin defomridad osea aparente |
| **Genito Urinario:** Uso de pañal | **Extremidades:** simetricas moviles sin edemas con pulsos distales presentes llenado capilar menor de 2 segundos se aprecia lesion micotica interdigital en ambos pies | **Sistema Nervioso central y osteomuscular:** No déficit motor ni sensitivo aparente, logra marcha a intervalos cortos sin ayuda externa |
| **Piel y Anexos:** Sin lesiones | | |

### MEDIOS INVASIVOS

| **NUTRICION** | **URINARIO** | **COLOSTOMIA** | **PERIFERICO CENTRAL** | **CATETER DE DIÁLISIS** | **TRAQUEOSTOMIA** |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) Enteral | ( ) Sondas Vesicales | ( ) Sí | ( ) Cateter venoso central (CVC) | ( ) Si | NO |
| ( ) Paraenteral | ( ) Nefrostomia | ( X ) No | ( ) Cateter central de insercción periférica (PICC) | ( X ) No | |
| ( X ) Via Oral | ( ) Cistostomia | | ( ) Cateter venoso periférico | | |
| | ( X ) N/A | | ( ) Cateter subcutaneo | | |
| | | | ( X ) N/A | | |

| **ANÁLISIS** | **PLAN/RECOMENDACIONES** |
|---|---|
| Paciente femenina de 79 años, con diagnósticos de:<br><br>1. Diabetes mellitus no insulino requirente<br>2. Hipertensión arterial crónica<br>3. Cistoadenoma (2020?)<br>4. Institucionalizada hogar geriátrico " Casa del mendigo"<br><br>Paciente quien actualmente cuenta con servicio de atención domiciliaria teniendo en cuenta dificultad para sus traslados.<br>Encuentro paciente en aceptables condiciones generales, signos vitales dentro de parametros de normalidad, no sintomatologia cardiovascular ni respiratoria, persiste con dolor abdominal. Paciente con antecedente de antecedente de cistoadenocarcinoma SIN CONTROLES RECIENTES, no hay registro de historia clínica solicito valoracion prioritaria por Gineco-oncología.<br>Tolerando medicación por lo que continua manejo establecido para evitar involución de paciente. actualizo ordenamientos.<br>Se dan recomendaciones generales y signos de alarma para consultar por urgencias: dolor en el pecho, alteración del estado de conciencia, cefalea intensa, emesis en proyectil, hemorragia o algun signo que lo alarme.<br>Brindo protocolo de información medica paciente y cuidador refieren entender y aceptar. | -- Visita medica bimensual<br>-- Se renueva formula de medicamentos por 2 meses<br>-- Se renuevan ordenamientos<br>-- Se renueva Formula de insumos<br>-- Se dan recomendaciones y signos de alarma<br><br>PREVENCION DE CAIDAS Y ULCERAS POR PRESION, ASISTENCIA A CITAS CON ESPECIALISTAS Y TOMA DE ESTUDIOS, SINTOMAS DE ALARMA EN CASO DE DOLOR PRECORDIAL INTENSO, SUDORACION, PALPITACIONES, MAREO, CEFALEA INTENSA, DISNEA, TAQUIPNEA, DOLOR TORACICO, SINTOMAS RESPIRATORIOS, SINTOMAS GASTROINTESTINALES, SINTOMAS URINARIOS, FIEBRE, ALTERACION DE CONSCIENCIA, SINCOPE, SINTOMAS NEUROLOGICOS CONSULTAR INMEDIATAMENTE. |

### PLAN TERAPEUTICO

| **Equipos:** | **Medicamentos Escritos:** | **Insumos Escritos:** |
|---|---|---|
| | METFORMINA TAB 500 MG AL DIA LOSARTAN TAN 50 MG AL DIA PREGABALINA TAB 75 MG, CADA 12 HORAS ACETAMINOFEN TAB 500 MG, 1 GR CADA 12 HORAS HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG AL DIA OMEPRAZOL TAB 20 MG EN AYUNAS (ABRIL,MAYO) | PAÑAL DESECHABLE ADULTO TALLA L #720, ALMIPRO X500GR #6 (ABRIL,MAYO,JUNIO,JULIO,AGOSTO,SEPTIEMBRE,OCTUBRE) - MIPRES |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 10:04 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38010

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 79 Años 1 mes **Municipio:** - X -
**Identificación:** 26505262 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1944-03-10
**Nombres:** ELENA **Dirección:** HOGAR CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2728026 - 3155607504
**Apellidos:** JORDAN TEJADA

**Tipo de Consulta:** Presencial

### CLASIFICACION DE RIESGO

| Riesgo Ulcera: | Riesgo psicosocial: |
|---|---|
| **BAJO RIESGO CON PUNTAJE DE 16** | **BAJO** |

### DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **Z736** | PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD |
| **I10X** | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |
| **E119** | DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION |

### DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **R32X** | INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA |
| **D073** | CARCINOMA IN SITU DE OTROS SITIOS DE ORGANOS GENITALES FEMENINOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS |




FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 10:04
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **26505262** | **ELENA** | | **JORDAN** | **TEJADA** | **F** | **1944-03-10** | **79 años 1 mes** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HOGAR CASA DEL MENDIGO** | **OBRERO** | **2728026 - 3155607504** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2728026 - 3155607504** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACION DE HOMECARE CUMPLE CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**I10X** HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
**E119** DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**R32X** INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
**D073** CARCINOMA IN SITU DE OTROS SITIOS DE ORGANOS GENITALES FEMENINOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS

## FORMULA MEDICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| : | | | | | |
| OXIDO DE ZINC 500 GR | **Dosis** APLICAR 4 VECES AL DÍA EN AREA DE PAÑAL | **Cant.** 6 | **Frecuencia.** 6 Meses (desde el siguiente) | **Via.** Uso externo de piel | **Observaciones** (ABRIL,MAYO,JUNIO,JULIO,AGOSTO,SEPTIEMBRE, OCTUBRE) |
| : | | | | | |
| METFORMINA 850MG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB CADA DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| LOSARTAN 50MG TABLETAS | **Dosis** UNA CADA 12 HORAS | **Cant.** 120 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| PREGABALINA 75MG TABLETAS TARIFA REGULADA | **Dosis** 2 TAB DIARIAS | **Cant.** 120 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| ACETAMINOFEN 500MG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB CADA 12 HRS | **Cant.** 120 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB CADA DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| SUCRALFATO 1GR TABLETAS | **Dosis** TOMAR UNA AL DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |

Laura Sofia Benavides A.
Médica General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

# PLAN DE MANEJO

| Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) |
|---|
| 2023-04-28 07:50:59 |
| **Nro. Prescripción** |
| 20230428103035757421 |

## DATOS DEL PRESTADOR

| Departamento: | Municipio: | Código Habilitación: |
|---|---|---|
| VALLE DEL CAUCA | PALMIRA | 765200668809 |

| Documento de Identificación: | Nombre Prestador de Servicios de Salud: |
|---|---|
| 815005074 | TODOMED LTDA PALMIRA |
| **Dirección:** | **Teléfono:** |
| CARRERA 24 A # 19 - 43 DE PALMIRA | 2859844 - 312 8739318 - 313 7501759 |

## DATOS DEL PACIENTE

| Documento de Identificación: | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre: |
|---|---|---|---|---|
| CC26505262 | JORDAN | TEJADA | ELENA | |

| Número Historia Clínica: | Diagnóstico Principal: | Usuario Régimen: | Ambito atención: |
|---|---|---|---|
| 26505262 | R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA | SUBSIDIADO | HOSPITALARIO - DOMICILIARIO |

## SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

| Tipo prestación | Servicio Complementario | Indicaciones/Recomendaciones | Cantidad | Frecuencia Uso | Duración Tratamiento (Cantidad - Período) | Cantidad Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SUCESIVA | PAÑALES | PAÑAL ADULTO TALLA L. CAMBIO ESTRICTO 4 VECES AL DIA PARA EVITAR LESIONES IRRITATIVAS DE LA PIEL. | 1 | 6 HORA(S) | 6 MES(ES) | 720 |

## PROFESIONAL TRATANTE

| Documento de Identificación: | Nombre: |
|---|---|
| CC1004189949 | LAURA SOFIA BENAVIDES ACOSTA |
| **Registro Profesional:** | |
| 1004189949 | Firma |
| **Especialidad:** | CodVer: 98CC-97A4-BED5-B44C-7170-36EB-7E9F-D9BE |

**La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.**

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 10:04
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **26505262** | **ELENA** | | **JORDAN** | **TEJADA** | **F** | **1944-03-10** | **79 años 1 mes** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HOGAR CASA DEL MENDIGO** | **OBRERO** | **2728026 - 3155607504** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2728026 - 3155607504** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACION DE HOMECARE CUMPLE CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**I10X** HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
**E119** DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**R32X** INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
**D073** CARCINOMA IN SITU DE OTROS SITIOS DE ORGANOS GENITALES FEMENINOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS

## FORMULA MEDICA

**:**

| | **Dosis** | **Cant.** | **Frecuencia.** | **Via.** | **Observaciones** |
|---|---|---|---|---|---|
| PAÑAL ADULTO TALLA L | CAMBIO DE PAÑAL 4 VECES AL DÍA | 720 | 6 Meses (desde el siguiente) | Uso externo de piel | (ABRIL,MAYO,JUNIO,JULIO,AGOSTO,SEPTIEMBRE, OCTUBRE) |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 10:04
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **26505262** | **ELENA** | | **JORDAN** | **TEJADA** | **F** | **1944-03-10** | **79 años 1 mes** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HOGAR CASA DEL MENDIGO** | **OBRERO** | **2728026 - 3155607504** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2728026 - 3155607504** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACION DE HOMECARE CUMPLE CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**I10X** HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
**E119** DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**R32X** INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
**D073** CARCINOMA IN SITU DE OTROS SITIOS DE ORGANOS GENITALES FEMENINOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS

## FÓRMULA MÉDICA

SE SOLICITA VALORACION POR GINECOLOGIA ONCOLOGICA PRIORITARIA POR antecedente de cisto adenocarcinoma SIN CONTROLES RECEINTES, no hay registro de historia clinica (SE RENUEVA ORDEN)

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 11:39 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38025

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 86 Años 2 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 6397262 **Sexo:** Masculino **Fecha Nac.:** 1937-01-30
**Nombres:** LUIS CARLOS **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2829954-3174521155
**Apellidos:** VIDAL

**Tipo de Consulta:** Presencial

## ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente masculino de 86 años de edad con dx:
- ERC G3BA1.
- Hipertension arterial cronica.
- Ictus isquemico en TACMD - Secuela hemiparesia izquierda. (2010-2018).
- Enfermedad aterosclerotica.
- Muy alto riesgo cardiovascular.
- Dislipidemia.
- Hipotiroidismo primario.
- Hiperplasia prostatica benigna.
- Hernia ventral supraumbilical, hernia umbilical y hernia inguinoescrotal izquierda.
- Pterigión, ectropion y catarata.
- Anemia.
- Institucionalizado en Hogar geriátrico (Casa del mendigo).

S: Paciente en compañía de cuidador. (Dani Escobar).
Refiere paciente en buenas condiciones generales, sin embargo se observa depleción muscular en los últimos meses, ha estado estable.
Niega sintomas urinarios, cardiovasculares gastrointestinales y respiratorios.
Vacunación contra covid-19: 3 dosis. No sabe de cual vacuna.

Realiza deposicion 1-2 veces al dia.
Controla esfínteres
Deambula con ayuda externa

Refiere los familiares lo llevan a las citas medicas.

NUTRICION: Come bien, todos los grupos de alimentos, de todas las consistencias. No episodios de broncoaspiración.
Buen patrón de sueño regularmente, a veces pasa muy inquieto.
No tiene agitación psicomotora.
No ha sido valorado por nutrición clínica.

Niega ingresos por urgencias en el ultimo mes

Pendiente valoración por urología por HPB y seguimiento de pterigion con oftalmologia.
Cuidador no aporta historia clinica de valoraciones recientes por GESENCRO. Refiere que no se han realizado cambios en la medicación de base.

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

## REVISION POR SISTEMAS

| | | |
|---|---|---|
| **General:** NO REFIERE | **Cardiovascular:** NO REFIERE | **Respiratorio:** NO REFIERE |
| **Gastrointestinal:** NO REFIERE | **Genitourinario:** NO REFIERE | **Neurosensorial:** NO REFIERE |
| **Endocrino:** NO REFIERE | **Locomotor:** NO REFIERE | **Piel y anexos:** NO REFIERE |
| **Ginecológico:** NO REFIERE | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Neonatal/Infancia** No refiere | **Tóxicos** No refiere | **Traumáticos** No refiere |
| **Patológicos** ERC G3BA1. - Hipertension arterial cronica. - Ictus isquemico en TACMD - Secuela hemiparesia izquierda. (2010-2018). - Enfermedad aterosclerotica. - Muy alto riesgo cardiovascular. - Dislipidemia. - Hipotiroidismo primario. - Hpb | **Quirúrgicos** No refiere | **Medicamentos** No refiere |
| **Antecedentes sociodemográficos** No refiere | **Alérgicos** - | **Otros** No refiere |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | |
|---|---|---|
| **Cancer** No refiere | **Diabetes** No refiere | **Hipertensión** No refiere |
| **Enf.Coronaria** | **Psiquiatricos** | **Epilepsia** |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 11:39 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38025

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 86 Años 2 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 6397262 **Sexo:** Masculino **Fecha Nac.:** 1937-01-30
**Nombres:** LUIS CARLOS **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2829954-3174521155
**Apellidos:** VIDAL

**Tipo de Consulta:** Presencial

| | | |
|---|---|---|
| No refiere | No refiere | No refiere |
| **Asma**<br>No refiere | **Tuberculosis**<br>No refiere | **Otros**<br>No refiere |

### BARTHEL

| | | |
|---|---|---|
| **Comer**<br>5 - Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. | **Trasladarse**<br>10 - Necesita algo de ayuda (una pequena ayuda fisica o verbal) | **Aseo**<br>5 - Independiente para lavarse cara, manos y dientes |
| **Retrete**<br>5 - Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo | **Ducharse**<br>5 - Independiente para bañarse o ducharse | **Desplazarse**<br>10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o verbal) |
| **Escaleras**<br>5 - Necesita ayuda fisica o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta | **Ducharse**<br>5 - Independiente para bañarse o ducharse | **Desplazarse**<br>10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o verbal) |
| **Vestirse**<br>5 - Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda | **Heces**<br>10 - Continente | **Orina**<br>10 - Continente, durante al menos 7 dias |
| **Interpretación:** DEPENDENCIA MODERADA | | |

### EXAMEN FÍSICO

| **Impresión General:** | **Glasgow:** | **Etapa Dismovilidad:** | **Sub Etapa:** |
|---|---|---|---|
| Buenas condiciones generales, hipoacusia bilateral importante. | 15/15 | 5 | A |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TA:** 110/70 | **FC:** 67 | **FR:** 18 | **SAT/O2:** 97% | **Talla:** 0 | **Peso:** 0.00 | **IMC:** N/D | - |

| | | |
|---|---|---|
| **Cabeza y cuello:**<br>Cabeza: normocefalo sin lesiones. | **Estado Mental:**<br>Alerta, desorientado en tiempo y espacio, orientado en persona. | **Organo de los sentidos:**<br>Ojos: .conjutivas rosadas y humedas, escleras anicterica, con pupilas isoscoricas reactivas a la luz, pterigio bilateral.<br><br>Orl: otoscopia bilateral normal, no tapon de cera/ orofaringe sin eritema. |
| **Torax:**<br>Torax/pulmones: se observa torax normoexpansible, sin dolor al palpar. A la auscultacion murmullo vesicular bilateral presente, ambos campos pulmonares bien aireados, sin ruidos sobreagregados.<br>Cardiaco: ruidos cardiacos ritmicos regulares de buena intensidad sin soplos, ni galopes | **Abdomen:**<br>Abdomen: peristaltismo presente, a la palpacion blando depresible sin signos de irritacion peritoneal, blumberg negativo, psoas negativo, no palpo masas ni visceromegalias. Hernia inguinal izquierda y umbilical no encarcelada, no complicada. | **Columna vertebral:**<br>Escoliosis |
| **Genito Urinario:**<br>No evaluado, no usa pañal. | **Extremidades:**<br>Extremidades: simetricas, sarcopenia, hemiplejia izquierda,con pulsos presentes, no edemas | **Sistema Nervioso central y osteomuscular:**<br>Snc: alerta, odesorientado en tiempo y espacio. |
| **Piel y Anexos:**<br>No ulceras. | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PPS:** | Puntuación: 0 Interpretación: - | **PPI:** | Puntuación: 0 Interpretación: - |

### MEDIOS INVASIVOS

| NUTRICION | URINARIO | COLOSTOMIA | PERIFERICO CENTRAL | CATETER DE DIÁLISIS | TRAQUEOSTOMIA |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) Enteral | ( ) Sondas Vesicales | ( ) Sí | ( ) Cateter venoso central (CVC) | ( ) Si | NO |
| ( ) Paraenteral | ( ) Nefrostomia | ( X ) No | ( ) Cateter central de insercción periférica (PICC) | ( X ) No | |
| ( X ) Via Oral | ( ) Cistostomia | | ( ) Cateter venoso periférico | | |
| | ( X ) N/A | | ( ) Cateter subcutaneo | | |
| | | | ( X ) N/A | | |

| ANÁLISIS | PLAN/RECOMENDACIONES |
|---|---|
| Paciente masculino de 86 años de edad con dx:<br>- ERC G3BA1.<br>- Hipertension arterial cronica. | -- Visita medica bimensual<br>-- Se renueva formula de medicamentos por 3 meses / se realizan ajustes dados por especialidad tratante |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 11:39 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38025

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 86 Años 2 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 6397262 **Sexo:** Masculino **Fecha Nac.:** 1937-01-30
**Nombres:** LUIS CARLOS **Dirección:** Calle 37 Carrera 25 36 **Teléfono:** 2829954-3174521155
**Apellidos:** VIDAL

**Tipo de Consulta:** Presencial

- Ictus isquemico en TACMD - Scuela hemiparesia izquierda. (2010-2018).
- Enfermedad aterosclerotica.
- Muy alto riesgo cardiovascular.
- Dislipidemia.
- Hipotiroidismo primario.
- Hiperplasia prostatica benigna.
- Hernia ventral supraumbilical, hernia umbilical y hernia inguinoescrotal izquierda.
- Pterigion, ectropion y catarata.
- Anemia.
- Institucionalizado en Hogar geriatrico (Casa del mendigo).

ENCUENTRO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, SATURACIONES OPTIMAS AL AIRE AMBIENTE, NO SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIA, TOLERANDO MEDICACION Y MANEJO MEDICO POR LO QUE CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO PARA EVITAR INVOLUCION DE PACIENTE. ACTUALIZO ORDENAMIENTOS. PENDIENTE VALORACION POR NUTRICION, CONTINUAR CONTROLES EN PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICAS GESENCRO.
SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: DOLOR EN EL PECHO, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CEFALEA INTENSA, EMESIS EN PROYECTIL, HEMORRAGIA O ALGUN SIGNO QUE LO ALARME.

-- Se renuevan ordenamientos
-- Se dan recomendaciones y signos de alarma

Tratamiento:
- ASA 100 mg dia.
- Amlodipino 5 mg dia.
- Losartan 50 mg dia.
- Levotiroxina 75 mcg dia.
- Atorvastatina 20 mg dia.

SE INDICA MOVILIZACIÓN CADA 2 H DE POSICIÓN PARA EVITAR ULCERAS POR PRESIÓN Y PREVENIR APARICIÓN DE ESCARAS POR PARTE DEL CUIDADOR
SE DA EDUCACIÓN EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN HACIENDO ÉNFASIS EN LOS FACTORES DE RIESGO DE LA PACIENTE
SE LE EXPLICA AL CUIDADOR QUE EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EL TRATAMIENTO INMEDIATO DE UNA PATOLOGÍA REDUCIRÁ EL RIESGO DE COMPLICACIONES Y LA RECUPERACIÓN MÁS RÁPIDA DEL PACIENTE CON ESTA AFECCIÓN POR ESO ES IMPORTANTE QUE SE DEBE TENER EN CUENTA Y CONSULTAR A URGENCIAS SI PRESENTA LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: FIEBRE, VOMITO, ESCALOFRÍOS, MALESTAR GENERAL, DOLOR TORÁCICO OPRESIVO, TAQUICARDIAS O BRADICARDIAS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, TAQUIPNEA, HEMOPTISIS, TOS, EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, ALTERACIONES DE LA MARCHA, ALTERACIONES INTESTINALES, DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE, DIARREAS O AUMENTO DEL PERÍMETRO ABDOMINAL, ALTERACIONES NEUROLÓGICAS, EPILEPSIAS RECURRENTES, ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONSCIENCIA ASÍ SEA MÍNIMAS, INTENTOS SUICIDAS, SÍNTOMAS PSICÓTICOS, SÍNTOMAS DEPRESIVOS, SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SÍNTOMAS ESQUIZOFRÉNICOS

### PLAN TERAPEUTICO

| Equipos: | Medicamentos Escritos: | Insumos Escritos: |
|---|---|---|
| | Tratamiento: - ASA 100 mg dia. - Amlodipino 5 mg dia. - Losartan 50 mg dia. - Levotiroxina 75 mcg dia. - Atorvastatina 20 mg dia. (Abril, mayo) | |

### CLASIFICACION DE RIESGO

| Riesgo Ulcera: | Riesgo psicosocial: |
|---|---|
| **BAJO RIESGO CON PUNTAJE DE 16** | **ALTO** |

### DIAGNOSTICOS DE BASE

| | |
|---|---|
| **I10X** | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |
| **N40X** | HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA |
| **I679** | ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA |
| **D649** | ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO |
| **E785** | HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA |
| **N189** | INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA |

### DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 11:39
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **6397262** | **LUIS** | **CARLOS** | **VIDAL** | | **M** | **1937-01-30** | **86 años 2 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Calle 37 Carrera 25 36** | **EL OBRERO** | **2829954-3174521155** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| **ALEXANDRA MEDINA** | **2829954-3174521155** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **CUMPLE CON CRTERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**I10X** HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
**N40X** HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA
**I679** ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA
**D649** ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO
**E785** HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA
**N189** INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

## FORMULA MEDICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **:** | | | | | |
| AMLODIPINO 5MG TABLETAS | **Dosis** 1 tab al dia | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 3 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| **:** | | | | | |
| ASA 100MG TABL.(ACIDO ACETIL SALICILICO) | **Dosis** 1 tab al dia | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 3 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| **:** | | | | | |
| LOSARTAN TABLETA 50MG | **Dosis** 1 tab al dia | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 3 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| **:** | | | | | |
| LEVOTIROXINA 75MCG TABLETAS | **Dosis** 1 tab al dia | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 3 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| **:** | | | | | |
| ATORVASTATINA TABLETA 20MG | **Dosis** 1 tab al dia | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 3 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |




FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 11:10 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38022

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 62 Años 3 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 31156377 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1961-01-13
**Nombres:** GLORIA **Dirección:** CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2728026 - 3155607504
**Apellidos:** CARMONA CORREA

**Tipo de Consulta:** Presencial

## ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:
1. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR
2. EPILEPSIA
3. ESQUIZOFRENIA
4. INSTITUCIONALIZADA HOGAR GERIATRICO " CASA DEL MENDIGO"

QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA INSTITUCIONALIZADA EN HOGAR GERIÁTRICO Y CUENTA CON SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA POR DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS.

S: CUIDADOR (DANI ESCOBAR) REFIERE VER A LA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SE LE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS DE LA MANERA INDICADA, HA CURSADO ASINTOMÁTICA CARDIOVASCULAR SIN EMBARGO PRESENTO 1 EPISODIO CONVULSIVO TONICO-CLONICO APROXIMADAMENTE HACE 1 MES , CON DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES, BUENA TOLERANCIA A LA VÍA ORAL, BUEN PATRÓN DE SUEÑO.
NIEGA LESIONES EN LA PIEL, NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS RESPIRATORIOS NI GASTROINTESTINALES, NO FIEBRE, NO REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA A SERVICIO DE URGENCIAS.
HA CONTINUADO CONTROLES EN PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, NO REPORTA CAMBIOS EN LA MEDICACIÓN DE BASE.
TIENE PENDIENTE TOMA DE ESTUDIOS SOLICITADOS EN CONTROL PREVIO, NO HAN SIDO TOMADOS POR DIFICULTAD PARA SU TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN.

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

## REVISION POR SISTEMAS

| | | |
|---|---|---|
| **General:** NO REFIERE | **Cardiovascular:** NO REFIERE | **Respiratorio:** NO REFIERE |
| **Gastrointestinal:** NO REFIERE | **Genitourinario:** NO REFIERE | **Neurosensorial:** NO REFIERE |
| **Endocrino:** NO REFIERE | **Locomotor:** NO REFIERE | **Piel y anexos:** NO REFIERE |
| **Ginecológico:** NO REFIERE | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Neonatal/Infancia** NO REFIERE | **Tóxicos** NO REFIERE | **Traumáticos** NO REFIERE |
| **Patológicos** 1. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR 2. EPILhttps://si2t.co/adtweb/web/site/indexEPSIA 3. ESQUIZOFRENIA | **Quirúrgicos** NO REFIERE | **Medicamentos** QUETIAPINA 50 MG CADA 24 HRS ACETAMINOFEN 500 MG EN CASO DE DOLOR ACIDO VALPROICO 500 MG 2 TABLETAS CADA 12 HRS |
| **Antecedentes sociodemográficos** NO REFIERE | **Alérgicos** NO REFIERE | **Otros** NO REFIERE |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | |
|---|---|---|
| **Cancer** NO REFIERE | **Diabetes** NO REFIERE | **Hipertensión** NO REFIERE |
| **Enf.Coronaria** NO REFIERE | **Psiquiatricos** NO REFIERE | **Epilepsia** NO REFIERE |
| **Asma** NO REFIERE | **Tuberculosis** NO REFIERE | **Otros** NO REFIERE |

## BARTHEL

| | | |
|---|---|---|
| **Comer** 5 - Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. | **Trasladarse** 10 - Necesita algo de ayuda (una pequena ayuda fisica o verbal) | **Aseo** 0 - Necesita ayuda con aseo personal |
| **Retrete** 0 - Dependiente | **Ducharse** 0 - Dependiente | **Desplazarse** 5 - Independiente en silla de ruedas en 50 m |
| **Escaleras** 0 - Incapaz | **Ducharse** 0 - Dependiente | **Desplazarse** 5 - Independiente en silla de ruedas en 50 m |
| **Vestirse** 5 - Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda | **Heces** 10 - Continente | **Orina** 10 - Continente, durante al menos 7 dias |

**Interpretación:** DEPENDENCIA SEVERA

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 11:10 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38022

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 62 Años 3 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 31156377 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1961-01-13
**Nombres:** GLORIA **Dirección:** CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2728026 - 3155607504
**Apellidos:** CARMONA CORREA

**Tipo de Consulta:** Presencial

## EXAMEN FÍSICO

| Impresión General: | Glasgow: | Etapa Dismovilidad: | Sub Etapa: |
|---|---|---|---|
| BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR | 15/15 | 3 | B |

| TA: 110/75 | FC: 70 | FR: 18 | SAT/O2: 96% | Talla: 150 | Peso: 50.00 | IMC: 22.22 | Peso Normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Cabeza y cuello:** NORMOCEFALA SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS | **Estado Mental:** ALERTA COLABORADORA DESORIENTADA EN TIEMPO | **Organo de los sentidos:** PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS CON ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS MUCOSAS HUMEDAS SIN LESIONES OROFARNGEAS CON AUSCENCIA DE PIEZAS DENTALES |
| **Torax:** NORMOEXPANSIBLE CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPOS CARDIACOS AMBOS CAMPOS PULONARES VENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS | **Abdomen:** PERISTALSTIMO PRESENTE BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN VISCEROMEGALIAS | **Columna vertebral:** SIN DEFOMIDAD APARENTE |
| **Genito Urinario:** NO SE EXPLORA | **Extremidades:** SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS CON PULSOS DISTALES PRESENTES LLENADO CPAILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS | **Sistema Nervioso central y osteomuscular:** NO DEFICIT MOTOR O SENISTIVO REALIZA MARCHA POR SUS PROPIOS MEDIOS |
| **Piel y Anexos:** SIN LESIONES | | |

## MEDIOS INVASIVOS

| NUTRICION | URINARIO | COLOSTOMIA | PERIFERICO CENTRAL | CATETER DE DIÁLISIS | TRAQUEOSTOMIA |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) Enteral | ( ) Sondas Vesicales | ( ) Sí | ( ) Cateter venoso central (CVC) | ( ) Si | NO |
| ( ) Paraenteral | ( ) Nefrostomia | ( X ) No | ( ) Cateter central de insercción periférica (PICC) | ( X ) No | |
| ( X ) Via Oral | ( ) Cistostomia | | ( ) Cateter venoso periférico | | |
| | ( X ) N/A | | ( ) Cateter subcutaneo | | |
| | | | ( X ) N/A | | |

| ANÁLISIS | PLAN/RECOMENDACIONES |
|---|---|
| PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:<br>1. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR<br>2. EPILEPSIA<br>3. ESQUIZOFRENIA<br>4. INSTITUCIONALIZADA HOGAR GERIATRICO " CASA DEL MENDIGO"<br><br>PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS QUIEN CUENTA CON SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA POR DIFICULTAD PARA SUS TRASLADOS.<br>ENCUENTRO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD, NO SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIA, NO HA PRESENTADO NUEVOS EPISODIOS COLVUSIVOS EN LOS ULTIMOS DIAS. TOLERANDO MEDICACION Y MANEJO MEDICO POR LO QUE CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO PARA EVITAR INVOLUCION DE PACIENTE. ACTUALIZO ORDENAMIENTOS.<br>SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: DOLOR EN EL PECHO, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CEFALEA INTENSA, EMESIS EN PROYECTIL, HEMORRAGIA O ALGUN SIGNO QUE LO ALARME. | -- Visita medica bimensual<br>-- Se renueva formula de medicamentos por 3 meses / se realizan ajustes dados por especialidad tratante<br>-- Se renuevan ordenamientos<br>-- Formula de insumos vigente<br>-- Se dan recomendaciones y signos de alarma<br><br>PREVENCION DE CAIDAS, CUIDADOS BASICOS DE LA PIEL, SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR DE INMEDIATO.<br><br>SE LE EXPLICA AL CUIDADOR QUE EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EL TRATAMIENTO INMEDIATO DE UNA PATOLOGÍA REDUCIRÁ EL RIESGO DE COMPLICACIONES Y LA RECUPERACIÓN MÁS RÁPIDA DEL PACIENTE CON ESTA AFECCIÓN POR ESO ES IMPORTANTE QUE SE DEBE TENER EN CUENTA Y<br>CONSULTAR A URGENCIAS SI PRESENTA LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: FIEBRE, VOMITO, ESCALOFRÍOS, MALESTAR GENERAL, DOLOR TORÁCICO OPRESIVO, TAQUICARDIAS O BRADICARDIAS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, TAQUIPNEA, HEMOPTISIS, TOS, EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, ALTERACIONES DE LA MARCHA, ALTERACIONES INTESTINALES, DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE, DIARREAS O AUMENTO DEL PERÍMETRO ABDOMINAL, ALTERACIONES<br>NEUROLÓGICAS, EPILEPSIAS RECURRENTES, ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONSCIENCIA ASÍ SEA MÍNIMAS, INTENTOS SUICIDAS, SÍNTOMAS PSICÓTICOS, SÍNTOMAS DEPRESIVOS, SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SÍNTOMAS ESQUIZOFRÉNICOS |

## PLAN TERAPEUTICO

| Equipos: | Medicamentos Escritos: | Insumos Escritos: |
|---|---|---|
| | QUETIAPINA 50 MG CADA 24 HRS ACETAMINOFEN 500 MG EN CASO DE DOLOR ACIDO VALPROICO 500 MG 2 TABLETAS CADA 12 HRS (ABRIL,MAYO) | |

## CLASIFICACION DE RIESGO

| Riesgo Ulcera: | Riesgo psicosocial: |
|---|---|
| **BAJO RIESGO CON PUNTAJE DE 16** | **BAJO** |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 11:10 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38022

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 62 Años 3 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 31156377 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1961-01-13
**Nombres:** GLORIA **Dirección:** CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2728026 - 3155607504
**Apellidos:** CARMONA CORREA

**Tipo de Consulta:** Presencial

### DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**F03X** DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
**G404** OTRAS EPILEPSIAS Y SÍNDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS

### DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**F209** ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA

Laura Sofia Benavides A.
Médica General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 11:10
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **31156377** | **GLORIA** | | **CARMONA** | **CORREA** | **F** | **1961-01-13** | **62 años 3 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CASA DEL MENDIGO** | **EL OBRERO** | **2728026 - 3155607504** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2728026 - 3155607504** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**F03X** DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
**G404** OTRAS EPILEPSIAS Y SÍNDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**F209** ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA

## FORMULA MEDICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| : | | | | | |
| QUETIAPINA 50MG TABLETAS (KETIAN) | **Dosis** 1 TABLETA NOCHE | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| ACETAMINOFEN 500MG TABLETAS | **Dosis** 1 TABLETA CADA 12 HORAS SI DOLOR | **Cant.** 120 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| ACIDO VALPROICO DE 500MG | **Dosis** 2 TABLETAS CADA 12 HORAS | **Cant.** 240 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

TodoMed
Todo en Servicios de Salud & Suministros

**IPS 815.005.074-4**

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 11:10
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **31156377** | **GLORIA** | | **CARMONA** | **CORREA** | **F** | **1961-01-13** | **62 años 3 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CASA DEL MENDIGO** | **EL OBRERO** | **2728026 - 3155607504** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2728026 - 3155607504** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**F03X** DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
**G404** OTRAS EPILEPSIAS Y SÍNDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**F209** ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA

## ORDENAMIENTOS

:

| Código | Nombre | Cant. | Duración del tratamiento | Justificación | Observación |
|---|---|---|---|---|---|
| 890101 | ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL | 1 | 2 Meses (desde el siguiente) | VISITA MÉDICA CADA 2 MESES, JUNIO | CONTROLES MÉDICOS CADA 2 MESES |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

# EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 09:18 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38002

## DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 88 Años 5 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 29087470 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1934-11-07
**Nombres:** ANA **Dirección:** CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2728026
**Apellidos:** ASPRILLA

**Tipo de Consulta:** Presencial

## ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente femenina de 88 años con diagnósticos de:
1. Hipertensión arterial
2. Discapacidad visual
3. Enfermedad de Parkinson
4. Institucionalizada en hogar de bienestar casa del mendigo.

Paciente quien actualmente cuenta con servicio de atención domiciliaria por dificultad para su transporte y movilización.

S: Cuidador (DANI ESCOBAR) refiere ver a la paciente en buenas condiciones generales, aumento del apetito sin embargo con depleción muscular, refiere otalgia e hipoacusia, se le administran medicamentos de la manera indicada, ha cursado asintomática cardiovascular aparentemente, con diuresis y deposiciones normales, buena tolerancia a la vía oral, buen patrón de sueño.
Niega lesiones en la piel, no ha presentado síntomas gastrointestinales, no fiebre, no requerimiento de asistencia a servicio de urgencias.
Se encuentra en controles en programa de enfermedades crónicas, sin reporte de cambios en la medicación de base.
Persiste con cuadro de larga data de tos ocasional, seca, sin fiebre, no disnea ni otro tipo de síntomas relacionados. Hasta el momento no se le han realizado estudios solicitados en control previo ni radiografía de tórax, aun no cuenta con autorización de órdenes médicas.

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

## REVISION POR SISTEMAS

| | | |
|---|---|---|
| **General:** NO REFIERE | **Cardiovascular:** NO REFIERE | **Respiratorio:** NO REFIERE |
| **Gastrointestinal:** NO REFIERE | **Genitourinario:** NO REFIERE | **Neurosensorial:** NO REFIERE |
| **Endocrino:** NO REFIERE | **Locomotor:** NO REFIERE | **Piel y anexos:** NO REFIERE |
| **Ginecológico:** NO REFIERE | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Neonatal/Infancia** NIEGA | **Tóxicos** NIEGA | **Traumáticos** NIEGA |
| **Patológicos** 1. Hipertensión arterial 2. Discapacidad visual 3. Enfermedad de Parkinson | **Quirúrgicos** NIEGA | **Medicamentos** NIEGA |
| **Antecedentes sociodemográficos** NIEGA | **Alérgicos** - | **Otros** NIEGA |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | |
|---|---|---|
| **Cancer** NIEGA | **Diabetes** NIEGA | **Hipertensión** NIEGA |
| **Enf.Coronaria** NIEGA | **Psiquiatricos** NIEGA | **Epilepsia** NIEGA |
| **Asma** NIEGA | **Tuberculosis** NIEGA | **Otros** NIEGA |

## BARTHEL

| | | |
|---|---|---|
| **Comer** 10 - Independiente | **Trasladarse** 10 - Necesita algo de ayuda (una pequena ayuda fisica o verbal) | **Aseo** 5 - Independiente para lavarse cara, manos y dientes |
| **Retrete** 5 - Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo | **Ducharse** 5 - Independiente para bañarse o ducharse | **Desplazarse** 10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o verbal) |
| **Escaleras** 5 - Necesita ayuda fisica o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta | **Ducharse** 5 - Independiente para bañarse o ducharse | **Desplazarse** 10 - Anda con pequena ayuda de una persona (fisica o verbal) |
| **Vestirse** 5 - Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda | **Heces** 5 - Accidente excepcional (uno/semana) | **Orina** 5 - Accidente excepcional (maximo uno/24 horas) |

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 09:18 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38002

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 88 Años 5 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 29087470 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1934-11-07
**Nombres:** ANA **Dirección:** CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2728026
**Apellidos:** ASPRILLA

**Tipo de Consulta:** Presencial

**Interpretación:** DEPENDENCIA MODERADA

### EXAMEN FÍSICO

| Impresión General: | Glasgow: | Etapa Dismovilidad: | Sub Etapa: |
|---|---|---|---|
| Buenas condiciones generales, alerta, afebril, hidratado, no signos de dificultad para respirar | 15/15 | 3 | B |

| TA: | FC: | FR: | SAT/O2: | Talla: | Peso: | IMC: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 120/85 | 62 | 18 | 92% | 150 | 51.00 | 22.67 | Peso Normal |

| | | |
|---|---|---|
| **Cabeza y cuello:** Normocefálica, cuello móvil sin masas | **Estado Mental:** Orientada en las 3 esferas | **Organo de los sentidos:** Escleras anictéricas, pupilas normorreactivas, conjuntivas rosadas. Mucosa oral húmeda. Membrana timpánica abombada, eritematosa en oído izquierdo. |
| **Torax:** Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, Ruidos pulmonares presentes, con bases pulmonares hipoventiladas, sin sobreagregados, no retracciones | **Abdomen:** Blando, no doloroso, no masas, no signos de irritación peritoneal, peristaltismo positivo | **Columna vertebral:** Cifosis dorsal |
| **Genito Urinario:** No se explora | **Extremidades:** Simétricas, sin edema, llenado capilar normal, pulsos de adecuada intensidad | **Sistema Nervioso central y osteomuscular:** No déficit motor ni sensitivo aparente, logra marcha a intervalos largos con ayuda externa y ayuda de tercero |
| **Piel y Anexos:** Sin lesiones | | |

### MEDIOS INVASIVOS

| NUTRICION | URINARIO | COLOSTOMIA | PERIFERICO CENTRAL | CATETER DE DIÁLISIS | TRAQUEOSTOMIA |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) Enteral | ( ) Sondas Vesicales | ( ) Sí | ( ) Cateter venoso central (CVC) | ( ) Si | NO |
| ( ) Paraenteral | ( ) Nefrostomia | ( ) No | ( ) Cateter central de insercción periférica (PICC) | ( X ) No | |
| ( ) Via Oral | ( ) Cistostomia | | ( ) Cateter venoso periférico | | |
| | ( ) N/A | | ( ) Cateter subcutaneo | | |
| | | | ( ) N/A | | |

| ANÁLISIS | PLAN/RECOMENDACIONES |
|---|---|
| Paciente femenina de 88 años con diagnósticos de:<br>1. Hipertensión arterial<br>2. Discapacidad visual<br>3. Enfermedad de Parkinson<br>4. Institucionalizada en hogar de bienestar casa del mendigo<br><br>Paciente adulta mayor con los antecedentes previamente descritos, quien actualmente cuenta con servicio de homecare por dificultad para sus traslados teniendo en cuenta paciente institucionalizada. Al momento encuentro a paciente en aceptables condiciones generales, cursando con cuadro clínico sugestivo de otitis media aguda, afebril, no signos de respuesta inflamatoria sistémica, brindo manejo antibiótico, no sintomatología cardiovascular ni respiratoria, tolerando medicación y manejo medico por lo que continua manejo establecido para evitar involución de paciente. Actualizo ordenamientos.<br>se dan recomendaciones generales y signos de alarma para consultar por urgencias: dolor en el pecho, alteración del estado de conciencia, cefalea intensa, emesis en proyectil, hemorragia o algún signo que lo alarme. | -- Visita medica bimensual<br>-- Se renueva formula de medicamentos por 2 meses / se realizan ajustes dados por especialidad tratante<br>-- Se renuevan ordenamientos<br>-- Se indica manejo antibiótico dirigido a otitis media aguda<br>-- Se dan recomendaciones y signos de alarma<br><br>MEDICAMENTOS<br><br>-- Hidroclorotiazida 25mg al día<br>-- Atorvastatina 20mg al día<br>-- Verapamilo 120mg al día<br>-- Bromuro de ipratropio 3puff cada 12 horas<br>-- Amoxicilina 500 mg cada 8 horas por 7 días **Nuevo**<br>-- Ciprofloxacino gotas óticas aplicar 2 gotas cada 12 horas en odio izquierdo por 5 días.<br><br>Ingresar al servicio de urgencias si presenta: fiebre, alteración del nivel de conciencia, escalofríos, convulsiona, somnolencia, dolor torácico opresivo, múltiples episodios eméticos. |

### PLAN TERAPEUTICO

| Equipos: | Medicamentos Escritos: | Insumos Escritos: |
|---|---|---|
| | Hidroclorotiazida 25mg al día, atorvastatina 20mg al día, verapamilo 120mg al día, bromuro de ipratropio 3puff cada 12 horas (ABRIL, MAYO) | |

### CLASIFICACION DE RIESGO

| Riesgo Ulcera: | Riesgo psicosocial: |
|---|---|
| **BAJO RIESGO CON PUNTAJE DE 16** | **ALTO** |

### DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD

## EVOLUCION MEDICA

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**Fecha de Atención:** 2023-04-24 **Hora:** 09:18 **No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Servicio:** PACIENTES EN ATENCION DOMICILIARIA  Ref: 38002

### DATOS DEL USUARIO

**Entidad:** EMSSPGPPAL **Edad:** 88 Años 5 meses **Municipio:** - X -
**Identificación:** 29087470 **Sexo:** Femenino **Fecha Nac.:** 1934-11-07
**Nombres:** ANA **Dirección:** CASA DEL MENDIGO **Teléfono:** 2728026
**Apellidos:** ASPRILLA

**Tipo de Consulta:** Presencial

| | |
|---|---|
| **I10X** | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |
| **H549** | DEFICIENCIA VISUAL NO ESPECIFICADA (BINOCULAR) |

### DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| **M256** | RIGIDEZ ARTICULAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE |
| **J449** | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA |

Laura Sofia Benavides A.
Médico General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

IPS 815.005.074-4

**Usuario que elabora:** LAURA SOFIA BENAVIDEZ **Registro:** 1004189949
**No.Habilitación IPS:** 760010668803
**Fecha de Elaboración:** 2023-04-24 **Hora:** 09:18
**Servicio:** ORDENES **Página: 1 de 1** -

DATOS PERSONALES

| Tipo ID | Número | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo | Fecha Nac. | Edad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cédula** | **29087470** | **ANA** | | **ASPRILLA** | | **F** | **1934-11-07** | **88 años 5 meses** |

| Dirección | Barrio | Teléfonos | Ciudad de atención | Ciudad de visita | Alto riesgo | Zona |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CASA DEL MENDIGO** | **COLOMBIA** | **2728026** | **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** | **- X -** | **N** | **Rural** |

| Responsable | Telefonos | Entidad | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | **2728026** | **EMSSANAR ESS PGP PALMIRA** | **REASIGNACIÓN DE HOME CARE CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION** |

DIAGNOSTICOS DE BASE

**Z736** PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD
**I10X** HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
**H549** DEFICIENCIA VISUAL NO ESPECIFICADA (BINOCULAR)

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

**M256** RIGIDEZ ARTICULAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
**J449** ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA

## FORMULA MEDICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| : | | | | | |
| HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB CADA DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| ATORVASTATINA 20MG TABLETAS | **Dosis** 1 TAB CADA DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| VERAPAMILO DE 120MG | **Dosis** 1 TAB CADA DIA | **Cant.** 60 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| INH.BROMURO DE IPRATROPIO 20MCG10ML | **Dosis** 3puff cada 12 horas | **Cant.** 2 | **Frecuencia.** 2 Meses (desde el actual) | **Via.** Inhalado | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| AMOXICILINA 500MG TABLETAS | **Dosis** 1 tab cada 8 horas | **Cant.** 21 | **Frecuencia.** 7 Días | **Via.** Administración Oral | **Observaciones** |
| : | | | | | |
| CIPROFLOXACINA 0,3% + DEXAMETASINA 0,1% GOTAS ÓTICAS | **Dosis** 2 gotas cada 12 horas | **Cant.** 1 | **Frecuencia.** 5 Días | **Via.** Aplicación en Oidos | **Observaciones** |

Laura Sofia Benavides A.
Médica General
RM: 1004189949

FIRMA: LAURA SOFIA BENAVIDEZ
R.M.: 1004189949
Esta firma digital está bajo el DECRETO 2364 DE 2012

# 6.
# Llevar a buen término las demas actividades programadas dando cumplimiento a la Ley 1276 de 2009 y demas legislación aplicable para la atención a la población adulto mayor



**Centro de Bienestar del Anciano**
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

# Actividades

El Centro de Bienestar del Anciano Casa del Mendigo Palmira, lleva a buen término las actividades programadas dando cumplimiento a la ley 1276 y demás legislación aplicable para la atención a la población adulto mayor.

La vejez es una etapa de la vida, en la cual los seres humanos se enfrentan a cambios físicos, psicológicos, mentales y sociales que implican un juicio temporal, donde valoran "quién fui ayer", "quién soy hoy" y "quién seré mañana". Aspectos que la lúdica puede favorecer para que se desarrolle de manera positiva la individualidad del adulto mayor.

Las personas de la tercera edad en Colombia disminuyen su participación social y económica; además, son más propensas a padecer determinadas enfermedades como demencias y depresión, las cuales según la OMS son propias de los gerontes. Asimismo en Colombia, los registros evidencian que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte.

Por su parte, la falta de estimulación cognitiva interfiere negativamente en la realización de actividades diarias y capacidades mentales superiores como la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención y praxis.

También se presentan en esta etapa de vida, problemas de salud posiblemente asociados a ciertas emociones causadas por sentimientos de abandono, soledad, aislamiento, minusvaloración, entre otros; esto último, se afirma en concordancia con Dethlefsen y Dahlke (1983) quienes aseveran que “El cuerpo es vehículo de la manifestación o realización de todos los procesos y cambios que se producen en la conciencia”.



# Centro de Bienestar del Anciano

Casa del Mendigo Palmira

Nit: 800.107.454-3

## Lúdicas del Compartir

## Tarde de juegos de mesa / otros









Calle 37 No. 25-36 Telefax: 282 9954 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Dia de estiramiento y reflejos









Calle 37 No. 25-36 Telefax: 282 9954 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano

Casa del Mendigo Palmira

Nit: 800.107.454-3







Calle 37 No. 25-36 Telefax: 282 9954 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

# 7.
# ALOJAMIENTO



# Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Actividades.

Conforme a la ley 1276, el Centro de Bienestar del Anciano Casa del Mendigo de Palmira, cuenta con todos los servicios integrados (Agua, energía, alcantarillado y sistemas de comunicación teléfono e internet) al día, dando cumplimiento a la norma.

En la actualidad el cuidado de la tercera edad se ha constituido en un servicio de vital importancia, ya que a diferencia de años atrás, esta generación ha optado por darle un mayor interés, no solo a su salud física y sino también al bienestar emocional.

Además existe una realidad y es que hace algunos años el estilo de vida no era tan acelerado como lo es la coyuntura actual, donde en una casa de familia laboran tanto el esposo como la esposa, sin contar que gracias al nuevo modelo educativo los hijos tienen unas jornadas mucho más extensas que en el pasado.



# Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Alojamiento
## Aseo en las Instalaciones









Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Aseo en Baños







Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano

Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Aseo en Cocina







Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Lavanderia







Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

# AYUDAS TECNICAS

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca



# Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Actividades.

El Centro de Bienestar del Anciano Casa del Mendigo de Palmira, en cumplimiento de la ley según el código sustantivo de trabajo, donde se debe realizar entrega de dotación laboral, estamos comprometidos con nuestros colaboradores para mejorar la calidad de vida en la organización.

Las ayudas técnicas son elementos necesarios cuando la marcha se ve afectada ya sea por presencia de dolor, déficit en el equilibrio, inestabilidad o parálisis. En un comienzo, esas ayudas eran las personas más cercanas al paciente, sin embargo, para evitar la dependencia de otras personas, se prescriben este tipo de ayudas para asistir la marcha.

**OBJETIVO**

Las ayudas técnicas para la marcha, son dispositivos que proporcionan durante el desarrollo de la marcha, un apoyo adicional del cuerpo al suelo, es decir, generan una proyección de las extremidades al suelo, permitiendo de esta manera, que se haya desplazamiento y movilidad. Su uso puede estar condicionado a la temporalidad o a la permanencia, lo que implica un elemento fundamental en la vida del paciente.

Dentro de sus objetivos encontramos:

- Facilitar la ejecución de una actividad, acción o desplazamiento.
- Garantizar el ahorro de energía en las acciones.
- Brindar seguridad.
- Mejorar el equilibrio al proveer el aumento de base de sustentación.
- Permitir una descarga de peso corporal uniforme.
- Facilitar la propulsión de una o ambas extremidades.

Una ayuda técnica permite disminuir la deficiencia presente en el paciente, disminuyendo la brecha que existe ante su desventaja social. Por ende, las ayudas técnicas posan de ser simples y eficaces, permitiendo contrapesar las necesidades para las que han sido construidas, de esta manera, proporcionan más independencia y autonomía personal, sumando autoestima y calidad de vida.

Las ayudas técnicas deben cumplir las siguientes características y, de esta manera, poder así, cumplir los objetivos propuestos para su uso:

Características:

- **Necesaria y eficaz:** Se prescribirá una ayuda técnica ante una necesidad derivada de una valoración adecuada para compensar las necesidades del paciente.
- **No restrictiva:** No debe limitar otras funciones, capacidades o acciones.
- **Sencilla:** De fácil uso
- **Segura**
- **Calidad/precio:** De materiales resistentes, duraderos y bajo costo.
- **Aceptada por el paciente:** El paciente debe en lo posible, sentirse lo más natural y cómodo posible con la ayuda.
- **Mantenimiento y limpieza:** Podrán realizarse ajustes, calibraciones y limpieza.
- **Modificable**: Adaptable a lo largo de la vida y/o duración de la deficiencia.

# HIDRATACION ADULTOS







Calle 37 No. 25-36 Telefax: 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

# CORTE DE UÑAS, CEPILLADO Y BARBERIA







Calle 37 No. 25-36 Telefax: 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca












Calle 37 No. 25-36 Telefax: 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

# RECREACION AL ADULTO MAYOR









Calle 37 No. 25-36 Telefax: 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

# DOTACION EMPLEADOS CBA









# 9.
# APOYO LOGISTICO Y OPERATIVO



# CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO

"Casa del Mendigo de Palmira"

www.casadelmendigo.com

## CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO

Entre los suscritos a saber ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 31.134.427 de Palmira, obrando en representación Legal del **CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA, NIT: 800.107.454-3** con domicilio en la calle 37 No. 25 – 36 por una parte y que para efectos del presente contrato se denominará en adelante **EL PATRONO o LA EMPRESA y, FRANCIA ELENA MEDINA HERNANDEZ** identificada con la Cédula de Ciudanía No. 66.785.842 de Palmira quien en adelante recibirá la denominación de **EL TRABAJADOR**, se celebra el presente contrato de trabajo regido por las siguientes cláusulas:-**PRIMERA.-** El trabajador se obliga: a) A prestar al patrono su capacidad de trabajo a su servicio con fidelidad y entrega, en forma personal y exclusiva en el desempeño de todas las funciones o labores propias anexas o complementarias al amplio u oficio de **SERVICIOS GENERALES**, de conformidad con los reglamentos, órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes observando en su desempeño el cuidado y la diligencia necesarios.-B)-.El servicio antes dicho lo prestara el trabajador en la ciudad Palmira en las instalaciones de la institución la cual se encuentra ubicada en la calle 37 N 25 – 36 del barrio obrero, lugar en el cual ha sido contratado.-c)-. Intensidad horaria: A trabajar ocho (8) horas diarias y cuarenta y ocho (48) horas a la semana, según el horario que el patrono le asigne.-d).-A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros **EMPLEADORES**, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio durante la vigencia de este contrato y;-e).- A guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo.-**SEGUNDA:.-TERMINO DEL CONTRATO**:.-El presente contrato tendrá un término de duración de **UN (1) AÑO** comprendido entre el 18 de Octubre del año 2012 al 17 de Octubre del año 2013.-. **TERCERA: .-** Por el servicio que preste el trabajador, de conformidad con las cláusulas que anteceden el patrono pagará un salario por la suma de **QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS ($569.856.00.) M/Cte.** mensuales pagaderos en quincenas vencidas.-. **CUARTA:-.** La etapa inicial del contrato a partir de la fecha del mismo en los dos (2) primeros meses se considera como periodo de prueba y tiene por objeto por parte del patrono, apreciar las actitudes del trabajador para el desempeño de las funciones que le han asignado y por otra parte de este contrato, la Conveniencia de las condiciones de trabajo, por tanto durante este periodo cualquiera de las partes podrá darlo por terminado en cualquier tiempo, sin previo aviso y sin Indemnización alguna.-. **QUINTA:-JUSTAS CAUSAS PARA DESPEDIR:** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las Partes el Incumplimiento a las obligaciones y Prohibiciones que se expresan en el art. 62 y



Escaneado con CamScanner





63 del C.S.T. modificados por el Art. 7°. Del Decreto 2351/65 y además por parte de EL EMPLEADOR, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en reglamentos y demás documentos que contengan reglamentaciones, ordenes instrucciones o prohibiciones de carácter general o particular, pactos convenciones colectivas, laudos arbitrales y las que expresamente convengan calificar así en escritos que conformaran parte integrante del presente contrato. Expresamente se califican en este acto como faltas graves la violación a las obligaciones y prohibiciones contenidas en la cláusula primera del presente contrato.-. **SEXTA:-** El trabajador se compromete a informar por escrito al Empleador cualquier cambio de dirección teniéndose registrada ante la empresa la última (Carrera 20 No. 35 - 46) Barrio Uribe, teléfono 321-8797506.-. **SEPTIMA:-. EFECTOS:-** El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formaran parte integrante de este contrato.- **OCTAVA:-**. Las partes hacen constar además que este contrato empieza su vigencia a partir del dia 18 de octubre del año Dos Mil Doce (2012) fecha en la cual el trabajador ha ingresado a prestar sus servicios al patrono. Para constancia se firma el presente documento por las partes ante testigos, en dos (2) ejemplares del mismo tenor uno para el patrono y otro para el trabajador, en la ciudad de Palmira a los 18 día del mes de Octubre del año Dos Mil Doce (2012).-.

**ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA**
CC. No. 31.134.427 de Palmira
Directora y Representante
**EL PATRONO:**

**FRANCIA ELENA MEDINA H.**
CC. No. 66.785.842 de Palmira
**EL TRABAJADOR:**

CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO
"Casa del Mendigo - Palmira"

**SANDRA JANETH MARIN A.**
CC. No. 66.762.345 de PALMIRA
**TESTIGO:**



Escaneado con CamScanner



# CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO

"Casa del Mendigo de Palmira"

www.casadelmendigo.com

## CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO

Entre los suscritos a saber ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 31.134.427 de Palmira, obrando en representación Legal del **CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA, NIT: 800.107.454-3** con domicilio en la calle 37 No. 25 – 36 por una parte y que para efectos del presente contrato se denominará en adelante **EL PATRONO o LA EMPRESA y, AYDEE TASAMA JIMENEZ** identificada con la Cédula de Ciudanía No. 31.159.544 de Palmira quien en adelante recibirá la denominación de **EL TRABAJADOR**, se celebra el presente contrato de trabajo regido por las siguientes cláusulas:-**PRIMERA.-** El trabajador se obliga: a) A prestar al patrono su capacidad de trabajo a su servicio con fidelidad y entrega, en forma personal y exclusiva en el desempeño de todas las funciones o labores propias anexas o complementarias al amplio u oficio de **SERVICIOS GENERALES**, de conformidad con los reglamentos, órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes observando en su desempeño el cuidado y la diligencia necesarios.-B)-.El servicio antes dicho lo prestara el trabajador en la ciudad Palmira en las instalaciones de la institución la cual se encuentra ubicada en la calle 37 N 25 – 36 del barrio obrero, lugar en el cual ha sido contratado.-c)-. Intensidad horaria: A trabajar ocho (8) horas diarias y cuarenta y ocho (48) horas a la semana, según el horario que el patrono le asigne.-d).-A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros **EMPLEADORES**, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio durante la vigencia de este contrato y;-e).- A guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo.-**SEGUNDA:.-TERMINO DEL CONTRATO**:.-El presente contrato tendrá un término de duración de **UN (1) AÑO** comprendido entre el 21 de Julio del año 2012 al 20 de Julio del año 2013.-. **TERCERA:** Por el servicio que preste el trabajador, de conformidad con las cláusulas que anteceden el patrono pagará un salario por la suma de **QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS ($569.856.00.) M/Cte.** mensuales pagaderos en quincenas vencidas.-. **CUARTA:-.** La etapa inicial del contrato a partir de la fecha del mismo en los dos (2) primeros meses se considera como periodo de prueba y tiene por objeto por parte del patrono, apreciar las actitudes del trabajador para el desempeño de las funciones que le han asignado y por otra parte de este contrato, la Conveniencia de las condiciones de trabajo, por tanto durante este periodo cualquiera de las partes podrá darlo por terminado en cualquier tiempo, sin previo aviso y sin Indemnización alguna.-. **QUINTA:-JUSTAS CAUSAS PARA DESPEDIR:** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las...

Palmira, Calle 37 No. 25 - 36 Telefax: 272 80 26 - 274 32 84 - Cel: 313 613 68 03
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com

Escaneado con CamScanner



# CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO

"Casa del Mendigo de Palmira"

www.casadelmendigo.com

Partes el Incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en el art. 62 y 63 del C.S.T. modificados por el Art. 7º. Del Decreto 2351/65 y además por parte de **EL EMPLEADOR**, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en reglamentos y demás documentos que contengan reglamentaciones, ordenes instrucciones o prohibiciones de carácter general o particular, pactos convenciones colectivas, laudos arbitrales y las que expresamente convengan calificar así en escritos que conformaran parte integrante del presente contrato. Expresamente se califican en este acto como faltas graves la violación a las obligaciones y prohibiciones contenidas en la cláusula primera del presente contrato.-. **SEXTA:-** El trabajador se compromete a informar por escrito al Empleador cualquier cambio de dirección teniéndose registrada ante la empresa la última (Carrera 34ª Diagonal 61 - 39) Barrio Zamorano, teléfono 314-6450041.-. **SEPTIMA:-. EFECTOS:-** El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formaran parte integrante de este contrato.- **OCTAVA:-**. Las partes hacen constar además que este contrato empieza su vigencia a partir del día 21 de Julio del año Dos Mil Doce (2012) fecha en la cual el trabajador ha ingresado a prestar sus servicios al patrono. Para constancia se firma el presente documento por las partes ante testigos, en dos (2) ejemplares del mismo tenor uno para el patrono y otro para el trabajador, en la ciudad de Palmira a los 21 día del mes de Julio del año Dos Mil Doce (2012).-.

**ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA**
CC. No. 31.134.427 de Palmira
Directora y Representante
**EL PATRONO:**

Aydee Tasama

**AYDEE TASAMA JIMENEZ**
CC. No. 31.159.544 de Palmira
**EL TRABAJADOR:**

**SANDRA JANETH MARIN A.**
CC. No. 66.762.345 de PALMIRA
**TESTIGO:**



Escaneado con CamScanner

# CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO

"Casa del Mendigo de Palmira"
Nit: 800.107.454-3

## *CONTRATO DE PRESTACION POR SERVICIOS*

En Palmira a los 24 días del mes de mayo de 2021, La Señora **ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA,** mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 31.134.427 actuando en nombre y representación de **EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA;** identificada con NIT 800107454-3 ubicada en Calle 37 25-36, que en adelante se denominará EL CONTRATANTE, y la, **Señora ARGENIS SEGURA IDROBO** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. 66.785.141 de Palmira, domiciliada en la CALLE 23 21-90 del Barrio Portal del sembrador, y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN POR SERVICIOS, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA.- OBJETO**: El CONTRATISTA en su calidad de trabajador independiente, se obliga para con El CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado, el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas del presente documento y que consistirá en: **Oficios varios,. SEGUNDA. - DURACIÓN**: El plazo para la ejecución del presente contrato será de dos (02) meses, contado a partir del 01 de Junio de 2021 al 31 de agosto de 2021. Para la contratación de otros trabajos, entre los firmantes, se realizará mediante la celebración de nuevos contratos, que deberá constar por escrito. **TERCERA. - PRECIO**: El valor del contrato será por la suma de novecientos ocho mil quinientos veintiséis **($908.000.oo) CUARTA.- FORMA DE PAGO:** El valor antes mencionado será cancelado mensualmente en quincenas vencidas.- **QUINTA.- OBLIGACIONES:**-El CONTRATANTE deberá facilitar acceso a la información y elementos que sean necesarios de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato, y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. El CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, **SEXTA.- SUPERVISION:** El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado, y podrá formular las observaciones del caso, para ser analizadas conjuntamente con El CONTRATISTA. **SEPTIMA.-TERMINACIÓN**. El presente contrato terminará por acuerdo entre las partes y unilateralmente por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato. **OCTAVA.- INDEPENDENCIA**: El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral, ni subordinación con El CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento. **NOVENA.- CESIÓN**: El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero, sin la previa, expresa y escrita autorización Del CONTRATANTE. **DÉCIMA.- RESERVA DE LA INFORMACION-** El contratista no podrá divulgar ningún tipo de información que pueda afectar los intereses del



Escaneado con CamScanner

contratante ni de sus clientes, siendo esta justa causa para terminación unilateral del contrato, sin perjuicios de las acciones legales a que haya lugar.

**DOMICILIO**: Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de Palmira Calle 37 N 25 – 36

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, ante Un (1) testigo, a los veinticuatro (24) días del mes de mayo del año 2021, en la ciudad de Palmira.

**CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO**
**CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA**
NIT. 800.107.454-3
Representante Legal
ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA
CC. 31.134.427 de Palmira
**CONTRATANTE**

Argenis Segura

**ARGENIS SEGURA IDROBO**
C.C. 66.785.141 de Palmira
Dirección: CALLE 23 21-90
Barrio Portal del sembrador
**CONTRATISTA**

**NICOLE JANIETH SAAVEDRA CABRERA**
CC. No. 1.113.682.130 de Palmira
**TESTIGO**



Escaneado con CamScanner



# Centro de Bienestar del Anciano
## Casa del Mendigo Palmira
## Nit: 800.107.454-3

**CONTRATO A TERMINO FIJO POR DOS MESES NO PRORROGABLE**

En Palmira a los 01 días del mes de junio de 2022, La Señora **ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA,** mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 31.134.427 actuando en nombre y representación de **EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA;** identificada con NIT 800107454-3 ubicada en Calle 37 25-36, que en adelante se denominará EL CONTRATANTE, y la, **Señora ALEXANDRA MEDINA HERNANDEZ** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. 1.113.699.299 de Palmira, domiciliada en la CR 20 35-46 del Barrio Uribe, y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente CONTRATO A TERMINO FIJO POR 2 MESES POR DETERMINADA LABOR NO PRORROGABLE, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA.- OBJETO**: El CONTRATISTA en su calidad de trabajador dependiente, se obliga para con El CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado, el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas del presente documento y que consistirá en: **Oficios varios. SEGUNDA. - DURACIÓN**: El plazo para la ejecución del presente contrato será de dos (02) meses, contado a partir del 01 de Junio de 2022 al 31 de julio de 2022. Para la contratación de otros trabajos, entre los firmantes, se realizará mediante la celebración de nuevos contratos, que deberá constar por escrito. **TERCERA. - PRECIO**: El valor del contrato será por la suma de quinientos mil pesos **($500.000.oo) el pago se acuerda de esta manera por ser trabajo de medio tiempo,** más el respectivo auxilio de transporte y todas las prestaciones de ley **CUARTA. - FORMA DE PAGO:** El valor antes mencionado será cancelado mensualmente en quincenas vencidas.- **QUINTA.- OBLIGACIONES:**-El CONTRATANTE deberá facilitar acceso a la información y elementos que sean necesarios de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato, y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. El CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, **SEXTA.- SUPERVISION:** El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado, y podrá formular las observaciones del caso, para ser analizadas conjuntamente con El CONTRATISTA. **SEPTIMA.-TERMINACIÓN**. El presente contrato terminará por acuerdo entre las partes y unilateralmente por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato. **OCTAVA.-** El CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento. **NOVENA.- CESIÓN**: El CONTRATISTA no

podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero, sin la previa, expresa y escrita autorización Del CONTRATANTE. **DÉCIMA.- RESERVA DE LA INFORMACION-** El contratista no podrá divulgar ningún tipo de información que pueda afectar los intereses del contratante ni de sus clientes, siendo esta justa causa para terminación unilateral del contrato, sin perjuicios de las acciones legales a que haya lugar.

**DOMICILIO**: Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de Palmira Calle 37 N 25 – 36

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, ante Un (1) testigo, en el cual queda estipulado que el contrato será por periodo de 2 meses no prorrogables para el cubrimiento de periodo de vacaciones de empleados de planta, y se firma al primer (01) día del mes de junio del año 2022, en la ciudad de Palmira.

**CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO**

**CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA**
NIT. 800.107.454-3
Representante Legal
ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA
CC. 31.134.427 de Palmira
**CONTRATANTE**

**ALEXANDRA MEDINA HERNANDEZ**
C.C. 1.113.699.299 de Palmira
Dirección: CR 20 35-46 del
Barrio Uribe
**CONTRATISTA**

**LUZ MERLY OLAVE T.**
CC. No. 29.661.988 de Palmira
**TESTIGO**



# Centro de Bienestar del Anciano
## Casa del Mendigo Palmira
## Nit: 800.107.454-3

**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO A TRES MESES**

En Palmira a los 03 días del mes de enero de 2022 , La Señora **ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA,** mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 31.134.427 actuando en nombre y representación de **EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA;** identificada con NIT 800.107.454 - 3 ubicada en Calle 37 25-36, que en adelante se denominará **EL PATRONO O EMPRESA** , y la señora **KAREN MARLOY RESTREPO GARCIA** mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No. **1.113.655.435** de Palmira, domiciliada en la calle 42 No. 10-35, y quien para los efectos del presente documento se denominará **EL TRABAJADOR,** acuerdan celebrar el presente contrato de trabajo regido por las siguientes clausulas:- **PRIMERA**. El trabajador se obliga a: a) a presentar al patrono su capacidad de trabajo a su servicio con fidelidad y entrega, en forma personal y exclusiva en el desempeño de todas las funciones o labore propias anexas o complementarias al amplio u oficio de auxiliar de enfermería, de conformidad con los reglamentos , ordenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes observando en su desempeño el cuidado y la diligencia necesarios.- B) el servicio antes dicho lo prestara el trabajador en la ciudad de Palmira en las instalaciones de la institución la cual se encuentra ubicada en la calle 37 25 36 del barrio obrero, lugar en el cual ha sido contratado.- C) intensidad horaria: a trabajar ocho (8) horas diarias y cuarenta y ocho (48) horas a la semana, según el horario que el patrono le asigne.- D) a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio durante la vigencia de este contrato y.- E) a guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones y en general , sobre todo los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo..- **SEGUNDA**: **TERMINO DE CONTRATO:** el presente tendrá un término de duración de tres meses (3) comprendido entre el 03 de enero de 2022 al 02 de abril de 2022.- **TERCERA PRECIO**: El valor del contrato será por la suma de un millón de **($1.000.000.oo) PESOS MCTE. CUARTA. - FORMA DE PAGO:** El valor antes mencionado será cancelado mensualmente en quincenas vencidas. **CUARTA:** la etapa inicial del contrato a partir de la fecha del mismo los primeros veinte (20) días se considera como periodo de prueba y tiene por objeto por parte del patrono, apreciar las actitudes del trabajador para el desempeño de las funciones que le han asignado y por otra parte de este contrato, la conveniencia de las condiciones de trabajo, por tanto durante este periodo cualquiera de las partes podrá darlo por terminado en cualquier tiempo, sin previo aviso y sin indemnización alguna. **QUINTA: JUSTAS CAUSAS PARA DESPEDIR**: son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquieras de las partes el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan



Escaneado con CamScanner

en el art 62 y 63 del C.S.T modificados por el Art 7º del decreto 2351/65 y además por parte del empleador, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en reglamentos y demás documentos que se contengan reglamentaciones, ordenes , instrucciones o prohibiciones de carácter general o particular, pactos convenciones colectivas, laudos arbitrales y las expresamente convengan calificar así en escritos que conformaran parte del presente contrato. Expresamente se califican en este acto como faltas graves la violación a las obligaciones y Prohibiciones contenidas en la cláusula primera del presente contrato.- **SEXTA** el trabajador se compromete a informar por escrito al empleador cualquier cambio de dirección teniéndose registrada ante la empresa la última calle 58ª N.º 44-75, teléfono 305 257 8984.- **SEPTIMA: EFECTOS**: el presente contrato reemplazara en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito entre las partes con anterioridad , pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formaran parte integrante de este contrato.- **OCTAVA** las partes hacen constar además que este contrato empieza su vigencia a partir del día 04 de Enero de dos mil veintiuno (2021) fecha en la cual el trabajador ha ingresado a prestar sus servicios al patrono. para constancia se firma el presente documento por las partes ante testigo, en dos ejemplares del mismo tenor uno para el patrono y otro para el empleador, en la ciudad de Palmira a los 09 días del mes de febrero de dos mil veintidós (2022).

**ANA MILENA CANDELO PEÑARANDA**
CC. N.º: 31.134.427 DE PALMIRA
DIRECTORA Y REPRESENTANTE LEGAL
EL PATRONO

Karen M. Restrepo G.

**KAREN MARLOY RESTREPO GARCIA**
CC. N.º 1.113.655.435 DE PALMIRA
EL TRABAJADOR

Luz M Olave

**LUZ MERLY OLAVE T.**
C.C N.º 29.661.988 DE PALMIRA
TESTIGO.



Escaneado con CamScanner



# Centro de Bienestar del Anciano
## Casa del Mendigo Palmira
## Nit: 800.107.454-3

**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO A TRES MESES**

En Palmira a los 03 días del mes de septiembre de 2022 , La Señora **ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA,** mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 31.134.427 actuando en nombre y representación de **EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA;** identificada con NIT 800.107.454 - 3 ubicada en Calle 37 25-36, que en adelante se denominará **EL PATRONO O EMPRESA** , y el señor **BRANDON STEHIFER CHAMORRO MORENO** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **1.006.288.068** de Palmira, domiciliada en la calle Cr 29an # 11-41 Sesqui, y quien para los efectos del presente documento se denominará **EL TRABAJADOR**, acuerdan celebrar el presente contrato de trabajo regido por las siguientes clausulas:- **PRIMERA**. El trabajador se obliga a: a) a presentar al patrono su capacidad de trabajo a su servicio con fidelidad y entrega, en forma personal y exclusiva en el desempeño de todas las funciones o labore propias anexas o complementarias al amplio u oficio de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, de conformidad con los reglamentos , ordenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes observando en su desempeño el cuidado y la diligencia necesarios.- B) el servicio antes dicho lo prestara el trabajador en la ciudad de palmira en las instalaciones de la institución la cual se encuentra ubicada en la calle 37 25 36 del barrio obrero, lugar en el cual ha sido contratado.- C) intensidad horaria: a trabajar ocho (8) horas diarias y cuarenta y ocho (48) horas a la semana, según el horario que el patrono le asigne.- D) a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio durante la vigencia de este contrato y.- E) a guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones y en general , sobre todo los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo..- **SEGUNDA**: **TERMINO DE CONTRATO:** el presente tendrá un término de duración de tres meses (3) comprendido entre el 03 de septiembre de 2022 al 03 de diciembre de 2022.- **TERCERA PRECIO**: El valor del contrato será por la suma de un millón **($1.000.000.oo) PESOS MCTE. CUARTA.- FORMA DE PAGO:** El valor antes mencionado será cancelado mensualmente en quincenas vencidas. **CUARTA:** la etapa inicial del contrato a partir de la fecha del mismo en los veinte (20) primeros días se considera como periodo de prueba y tiene por objeto por parte del patrono, apreciar las actitudes del trabajador para el desempeño de las funciones que le han asignado y por otra parte de este contrato, la conveniencia de las condiciones de trabajo, por tanto durante este periodo cualquiera de las partes podrá darlo por terminado en cualquier tiempo, sin previo aviso y sin indemnización alguna. **QUINTA: JUSTAS CAUSAS PARA DESPEDIR**: son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquieras de las partes el



Escaneado con CamScanner



# Centro de Bienestar del Anciano
## Casa del Mendigo Palmira
## Nit: 800.107.454-3

incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en el art 62 y 63 del C.S.T modificados por el Art 7º del decreto 2351/65 y además por parte del empleador, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en reglamentos y demás documentos que se contengan reglamentaciones, ordenes , instrucciones o prohibiciones de carácter general o particular, pactos convenciones colectivas, laudos arbitrales y las expresamente convengan calificar así en escritos que conformaran parte del presente contrato. Expresamente se califican en este acto como faltas graves la violación a las obligaciones y Prohibiciones contenidas en la clausula primera del presente contrato.- **SEXTA** el trabajador se compromete a informar por escrito al empleador cualquier cambio de dirección teniéndose registrada ante la empresa la última Cra 29an # 11-41 Sesqui, teléfono 3186733714.- **SEPTIMA**: **EFECTOS**: el presente contrato reemplazara en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito entre las partes con anterioridad , pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formaran parte integrante de este contrato.- **OCTAVA** las partes hacen constar además que este contrato empieza su vigencia a partir del día 03 de septiembre de dos mil veintidós (2022) fecha en la cual el trabajador ha ingresado a prestar sus servicios al patrono. para constancia se firma el presente documento por las partes ante testigo, en dos ejemplares del mismo tenor uno para el patrono y otro para el empleador, en la ciudad de palmira a los 07 días del mes de julio de dos mil veintidós(2022) .-

**ANA MILENA CANDELO PEÑARANDA**
CC. N.º: 31.134.427 DE PALMIRA
DIRECTORA Y REPRESENTANTE LEGAL
EL PATRONO

**BRANDON STEHIFER CHAMORRO MORENO**
CC. N.º **1.006.288.068** DE PALMIRA
EL TRABAJADOR

**LUZ MERLY OLAVE TABA**
C.C N.º 29.661.988 DE PALMIRA
TESTIGO.

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 282 9954 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

Escaneado con CamScanner



# Centro de Bienestar del Anciano
## Casa del Mendigo Palmira
## Nit: 800.107.454-3

***CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PSICOLOGA (HONORARIOS)***

En Palmira a los 04 días del mes de Marzo de 2022 , La Señora **ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA,** mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 31.134.427, actuando en nombre y representación de **EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA;** identificada con NIT 800107454-3 ubicada en Calle 37 25-36, que en adelante se denominará EL CONTRATANTE, y la PSICOLOGA, **Sra. DIANA LORENA SANCHEZ GUTIERREZ**, mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No 29.678.479 de Palmira, domiciliada en la Calle 15 B 26 62 B/ Las Américas y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR HONORARIOS, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA.- OBJETO**: El CONTRATISTA en su calidad de trabajador independiente, se obliga para con El CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado, el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas del presente documento y que consistirá en: **Realizar una evaluación psicológica a cada uno de los beneficiarios como mínimo 2 orientaciones psicológicas individuales de acuerdo con los resultados de la evaluación. Realizar un taller de psicología semanal en temas inherentes al desarrollo humano del adulto**, sin que exista horario determinado, ni dependencia laboral. **SEGUNDA.- DURACIÓN**: El plazo para la ejecución del presente contrato será de (1 año), contados a partir del 04 de Marzo de 2022 al 03 de Marzo de 2023,). Para la contratación de otros trabajos, entre los firmantes, se realizará mediante la celebración de nuevos contratos, que deberá constar por escrito. **TERCERA.- PRECIO**: El valor del contrato será por la suma de TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS MCTE $360.000". **CUARTA.- FORMA DE PAGO:** El valor antes mencionado será cancelado en cada visita realizada al CBA QUINTA.- **OBLIGACIONES:**-El CONTRATANTE deberá facilitar acceso a la información y elementos que sean necesarios de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato, y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. El CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, **SEXTA.- SUPERVISION:** El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado, y podrá formular las observaciones del caso, para ser analizadas juntamente con El CONTRATISTA. **SEPTIMA.-TERMINACIÓN**. El presente contrato terminará por acuerdo entre las partes y unilateralmente por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato. **OCTAVA.- INDEPENDENCIA**: El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral, ni subordinación con El CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento. **NOVENA.- CESIÓN**: El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero, sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE. **DÉCIMA.- RESERVA DE LA INFORMACION**- El contratista no podrá divulgar ningún tipo de información que pueda....

Afectar los intereses del contratante ni de sus clientes, siendo esta justa causa para terminación unilateral del contrato, sin perjuicios de las acciones legales a que haya lugar.

**DOMICILIO**: Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de Palmira Calle 37 N 25 – 36.

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, ante Un (1) testigo, a los 04 días del mes de Marzo del año 2022, en la ciudad de Palmira.-

**CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO**
**CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA**
NIT. 800.107.454-3
Representante Legal
ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA
CC. 31.134.427 de Palmira

**CONTRATANTE**

**DIANA LORENA SANCHEZ GUTIERREZ**
Psicóloga.
C.C. 29.678.479 de Palmira

**CONTRATISTA**

**CARLOS HUMBERTO SANCLEMENTE**
CC. No. 94.305.438 de Palmira

**TESTIGO**

# CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO

## CONTRATO DE TRABAJO ENTRE CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO PALMIRA Y SULLY LORENA TEJADA HENAO

Entre las partes, por un lado ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA, domiciliado en la ciudad de PALMIRA CARRERA 25 38 51, representante legal de CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO PALMIRA, con NIT 800.107.454-3, quien en adelante y para los efectos del presente contrato se denomina EL EMPLEADOR, y por el otro, **SULLY LORENA TEJADA HENAO** identificada con cedula de ciudadanía número 1.113.620.498, domiciliado en la ciudad de PALMIRA CARRERA 8 40-26 Barrio San Carlos, quien en adelante y para los efectos del presente contrato se denomina EL TRABAJADOR, ambos mayores de edad, identificados como aparece al pie de las firmas, hemos acordado suscribir este contrato de trabajo a Termino Indefinido, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

**Artículo 1.** Naturaleza y Objeto. Se trata de un contrato de trabajo a término indefinido, en vigencia del cual el EMPLEADOR contrata al TRABAJADOR para que este, de forma personal, dirija su capacidad de trabajo en aras de la prestación de servicios y desempeño de las actividades propias del cargo de Coordinadora Administrativa y Contable, y como contraprestación el EMPLEADOR pagará una remuneración acordada.

**Artículo 2.** Obligaciones de las partes

1. Del EMPLEADOR
   a) Pagar en la forma pactada el monto equivalente a la remuneración.
   b) Realizar la afiliación y correspondiente aportes parafiscales.
   c) Dotar al TRABAJADOR de los elementos de trabajo necesarios para el correcto desempeño de la gestión contratada.
   d) Las obligaciones especiales enunciadas en los artículos 56 y 57 del Código Sustantivo del Trabajo.

   Del TRABAJADOR
   a) Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato, en la forma convenida.
   b) Las obligaciones especiales enunciadas en los artículos 56 y 58 del Código Sustantivo del Trabajo.
   c) Coordinar la parte contable y administrativa del centro de bienestar del anciano de forma oportuna y eficiente y la elaboración de todos los informes a que haya lugar.

**Artículo 3.** Lugar de prestación del servicio. El TRABAJADOR prestará sus servicios de forma personal, en la Calle 37 25 36; dirección que corresponde al domicilio de la empresa.

**Artículo 4.** Jornada de trabajo. La jornada de trabajo será de: lunes a viernes en el horario de 7:30am a 12:30pm y de 2:00pm a 6:00pm. Un sábado al mes de 9:00am a 12 pm, en común acuerdo con la administradora del Centro de Bienestar del Anciano.



Powered by CamScanner



# Centro de Bienestar del Anciano
## Casa del Mendigo Palmira
## Nit: 800.107.454-3

**Artículo 5.** Remuneración. El EMPLEADOR deberá pagar al TRABAJADOR, a título de remuneración por las actividades, un monto de un millón cuatrocientos mil pesos mcte (1.400.000) más auxilio de transporte y demás prestaciones de ley.

**Artículo 6.** Forma de pago. La forma de pago del salario señalado en la cláusula anterior será así: quincenalmente. El pago se hará por consignación a la cuenta ahorros 3113279345 del banco Davivienda, (Daviplata).

**Artículo 7.** Duración del contrato. La duración del presente contrato es indefinida. Para tales efectos, inicia a regir desde el día 29 de septiembre de 2022 y permanecerá vigente mientras subsistan las causas que le dieron origen, salvo que de común acuerdo las partes consientan en darlo por terminarlo, o se incurra en alguna de las situaciones de ley que permitan la terminación unilateral del mismo.

**Artículo 8.** Terminación unilateral del contrato. El presente contrato se podrá terminar unilateralmente y sin indemnización alguna, por cualquiera de las partes, siempre y cuando se configure algunas de las situaciones previstas en el artículo 62 del Código Sustantivo del Trabajo o haya incumplimiento grave de alguna cláusula prevista en el contrato de trabajo. Se considera incumplimiento grave el desconocimiento de las obligaciones o prohibiciones previstas en el contrato.

**Artículo 9.** Domicilio de las partes. Para todos los efectos legales y convencionales, el domicilio de las partes es: el EMPLEADOR: la ciudad de palmira, en la dirección calle 37 25 36; y el TRABAJADOR, la ciudad de palmira, en la dirección Carrera 8 40-26.

**Artículo 10.** Integridad. El presente contrato, remplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier acuerdo de voluntades que sea haya pactado con anterioridad a la suscripción del mismo.

**Artículo 11**. Periodo de prueba: se pacta periodo de prueba de dos meses contados a partir de la fecha de inicio y por consiguiente cualquiera de las partes puede dar por terminado el contrato en dicho periodo y sin previo aviso.

En señal de conformidad, las partes suscriben el presente contrato, en dos ejemplares del mismo tenor, el día veintiuno (29) de septiembre de 2022, en dos (2) folios.

**EL EMPLEADOR,**

Ana María dlP
Nombre del Empleador
C.C. 31134127 Pal

**EL TRABAJADOR,**

Sully Lorena Tejada Henao
Nombre del Trabajador
C.C. 1.113.620.498



Powered by CamScanner

# CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO "CASA DEL MENDIGO"

CALLE 37 No 25-36
TEL : 2728026
PALMIRA (V )

NIT 800107454 - 3

PERSONERIA JURIDICA
1566 DE OCTUBRE 6 DE 1982

## CONTRATO DE TRABAJO

El Empleador **CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO "CASA DEL MENDIGO"** representada por su Directora **NAUDERY DE LOZANO** identificada con la C.C No 31'140.708 de Palmira (Valle) con domicilio en la calle 37 número 25 – 36 en esta ciudad.

El Empleado CORTES TABARES OSCAR DE JESUS.
identificado(a) con la C. C No 16.270.042 DE PALMIRA.
de Palmira con domicilio en CALLE 37 No. 21-60 BIZERTA..

**CLAUSULAS:**

**PRIMERA:** Naturaleza del trabajo OFICIOS GENERALES. en la ciudad de Palmira

**SEGUNDA:** Objeto El Empleador contrata los servicios personales del Empleado y éste se obliga a) a poner al servicio del Empleador toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta El Empleador directamente o a través de sus representantes B) a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros Empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato, y c) a guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos, e informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo

Escaneado con CamScanner

# CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO "CASA DEL MENDIGO"

CALLE 37 No 25-36
TEL : 2728028
PALMIRA (V.)

NIT : 800107454 – 3

PERSONERIA JURIDICA
1586 DE OCTUBRE 6 DE 1982

**TERCERA:SALARIO:A.Cuantía** DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE Y SU RESPECTIVO AUXILIO DE TRANSPORTE.... mensuales.

B. Forma de Pago: Quincenas vencidas.

**CUARTA:** Duración del Contrato: DOS MESES Y 24 DIAS. Fecha de inicio : JUNIO 6 DE 2001. Fecha de termino: AGOSTO 30 DE 2001.

**QUINTA:** Periodo de Prueba. Los primeros dos meses del presente contrato se consideran como periodo de prueba y, por consiguiente, cualquiera de las partes podrá darlo por terminado unilateralmente, en cualquier momento durante dicho periodo, sin que cause el pago de indemnización alguna.

**SEXTA:** Jornada de trabajo: La jornada de trabajo será la que determine el Empleador, de acuerdo al Reglamento Interno de Trabajo. El Empleador no reconocerá horas extras si no han sido autorizadas.

**SEPTIMA:** El Empleado ha sido contratado en la ciudad de Palmira a cumplir este contrato, en la oficina ubicada en la calle 37 número 25 – 36.

**OCTAVA:** Terminación Unilateral: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, por cualquiera de las partes, las enumeradas en los artículos 62 y 63 del C. S. T. , modificados por el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965 y además por parte del Empleador las faltas graves calificadas como tales en le Reglamento Interno de Trabajo de la Empresa. El Empleado podrá por terminado el presente contrato mediante aviso escrito entregado al Empleador con antelación no inferior a treinta (30) dias. En caso de no dar el aviso o darlo parcialmente, deberá al Empleador una indemnización equivalente a treinta (30) dias de salario o proporcional al tiempo faltante, deducible de sus prestaciones sociales.

Escaneado con CamScanner

# CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO "CASA DEL MENDIGO"

CALLE 37 No 25-36
TEL : 2728028
PALMIRA (V.)

NIT : 800107454 – 3

PERSONERIA JURIDICA
1586 DE OCTUBRE 6 DE 1982

**NOVENA:** Efectos: El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquiera otro contrato verbal o escrito, celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integrante de este contrato.

Para constancia se firma en Palmira a los 30 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2001

**NAUDERY DE LOZANO**
C. C. 31'140.708 de Palmira.
Representante Legal Centro de Bienestar del Anciano "Casa del Mendigo".
El Empleador.

Osco. Eonlor
C. C 16270042 Palmira
El Empleado.

Escaneado con CamScanner

# CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO

## CONTRATO DE TRABAJO ENTRE CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO PALMIRA Y SULLY LORENA TEJADA HENAO

Entre las partes, por un lado ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA, domiciliado en la ciudad de PALMIRA CARRERA 25 38 51, representante legal de CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO PALMIRA, con NIT 800.107.454-3, quien en adelante y para los efectos del presente contrato se denomina EL EMPLEADOR, y por el otro, **SULLY LORENA TEJADA HENAO** identificada con cedula de ciudadanía número 1.113.620.498, domiciliado en la ciudad de PALMIRA CARRERA 8 40-26 Barrio San Carlos, quien en adelante y para los efectos del presente contrato se denomina EL TRABAJADOR, ambos mayores de edad, identificados como aparece al pie de las firmas, hemos acordado suscribir este contrato de trabajo a Termino Indefinido, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

**Artículo 1.** Naturaleza y Objeto. Se trata de un contrato de trabajo a término indefinido, en vigencia del cual el EMPLEADOR contrata al TRABAJADOR para que este, de forma personal, dirija su capacidad de trabajo en aras de la prestación de servicios y desempeño de las actividades propias del cargo de Coordinadora Administrativa y Contable, y como contraprestación el EMPLEADOR pagará una remuneración acordada.

**Artículo 2.** Obligaciones de las partes

1. Del EMPLEADOR
   a) Pagar en la forma pactada el monto equivalente a la remuneración.
   b) Realizar la afiliación y correspondiente aportes parafiscales.
   c) Dotar al TRABAJADOR de los elementos de trabajo necesarios para el correcto desempeño de la gestión contratada.
   d) Las obligaciones especiales enunciadas en los artículos 56 y 57 del Código Sustantivo del Trabajo.

   Del TRABAJADOR
   a) Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato, en la forma convenida.
   b) Las obligaciones especiales enunciadas en los artículos 56 y 58 del Código Sustantivo del Trabajo.
   c) Coordinar la parte contable y administrativa del centro de bienestar del anciano de forma oportuna y eficiente y la elaboración de todos los informes a que haya lugar.

**Artículo 3.** Lugar de prestación del servicio. El TRABAJADOR prestará sus servicios de forma personal, en la Calle 37 25 36; dirección que corresponde al domicilio de la empresa.

**Artículo 4.** Jornada de trabajo. La jornada de trabajo será de: lunes a viernes en el horario de 7:30am a 12:30pm y de 2:00pm a 6:00pm. Un sábado al mes de 9:00am a 12 pm, en común acuerdo con la administradora del Centro de Bienestar del Anciano.



Powered by CamScanner



# Centro de Bienestar del Anciano
## Casa del Mendigo Palmira
## Nit: 800.107.454-3

**Artículo 5.** Remuneración. El EMPLEADOR deberá pagar al TRABAJADOR, a título de remuneración por las actividades, un monto de un millón cuatrocientos mil pesos mcte (1.400.000) más auxilio de transporte y demás prestaciones de ley.

**Artículo 6.** Forma de pago. La forma de pago del salario señalado en la cláusula anterior será así: quincenalmente. El pago se hará por consignación a la cuenta ahorros 3113279345 del banco Davivienda, (Daviplata).

**Artículo 7.** Duración del contrato. La duración del presente contrato es indefinida. Para tales efectos, inicia a regir desde el día 29 de septiembre de 2022 y permanecerá vigente mientras subsistan las causas que le dieron origen, salvo que de común acuerdo las partes consientan en darlo por terminarlo, o se incurra en alguna de las situaciones de ley que permitan la terminación unilateral del mismo.

**Artículo 8.** Terminación unilateral del contrato. El presente contrato se podrá terminar unilateralmente y sin indemnización alguna, por cualquiera de las partes, siempre y cuando se configure algunas de las situaciones previstas en el artículo 62 del Código Sustantivo del Trabajo o haya incumplimiento grave de alguna cláusula prevista en el contrato de trabajo. Se considera incumplimiento grave el desconocimiento de las obligaciones o prohibiciones previstas en el contrato.

**Artículo 9.** Domicilio de las partes. Para todos los efectos legales y convencionales, el domicilio de las partes es: el EMPLEADOR: la ciudad de palmira, en la dirección calle 37 25 36; y el TRABAJADOR, la ciudad de palmira, en la dirección Carrera 8 40-26.

**Artículo 10.** Integridad. El presente contrato, remplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier acuerdo de voluntades que sea haya pactado con anterioridad a la suscripción del mismo.

**Artículo 11**. Periodo de prueba: se pacta periodo de prueba de dos meses contados a partir de la fecha de inicio y por consiguiente cualquiera de las partes puede dar por terminado el contrato en dicho periodo y sin previo aviso.

En señal de conformidad, las partes suscriben el presente contrato, en dos ejemplares del mismo tenor, el día veintiuno (29) de septiembre de 2022, en dos (2) folios.

**EL EMPLEADOR,**

Ana María dlP
Nombre del Empleador
C.C. 31134127 Pal

**EL TRABAJADOR,**

Sully Lorena Tejada Henao
Nombre del Trabajador
C.C. 1.113.620.498



Powered by CamScanner



# Centro de Bienestar del Anciano
## Casa del Mendigo Palmira
## Nit: 800.107.454-3

## INFORMACION DE PERSONAL MAYO 2023

Relación de personal del Asilo de ancianos de Palmira (*Que laboran directamente en la atención de la población adulta mayor)

| | NOMBRE Y APELLIDOS | DOC DE IDENTIDAD | TIPO DE CONTRATO | PRACTICANTE | AREA PROFESIONAL | LABOR QUE DESEMPEÑA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FRANCIA ELENA MEDINA HERNANDEZ | 66.785.842 | Termino fijo a un año | | | Manipulacion de Alimentos |
| 2 | AYDEE TASAMA JIMENEZ | 31.159.544 | Termino fijo a un año | | | Manipulacion de Alimentos y Servicios Generales |
| 3 | ARGENIS SEGURA | 66.785.141 | Termino fijo a un año | | | Manipulacion de Alimentos y Servicios Generales |
| 4 | ALEXANDRA MEDINA | 1.113.655.435 | Termino fijo a dos meses | | | Aseo y Servicios Generales |
| 5 | KAREN MARLOY RESTREPO | 1.113.655.435 | Termino fijo a un año | | Enfermeria | Auxiliar de Enfermeria |
| 6 | BRANDON STEHIFER CHAMORRO MORENO | 1.006.288.068 | Termino fijo a tres meses | | Enfemeria | Auxiliar de Enfermeria |
| 7 | DANY MAURICIO ESCOBAR VALDERRUTEN | 1.075.679.103 | Termino fijo a tres meses | | Enfermeria | Auxiliar de Enfermeria |
| 8 | DIANA LORENA SANCHEZ | 29.678.479 | Prestacion de Servicios | | Psicologa | Atencion Psicologica |
| 9 | SULLY LORENA TEJADA HENAO | 1.113.620.498 | Termino indefinido | | Administracion / RRHH | Coordinadora / Administradora |
| 10 | OSCAR DE JESUS CORTES | 16.270.042 | Termino indefinido | | | Oficios Varios |

# CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA

NIT: 800.107.454-3

Registro de Cámara de Comercio No. 001.011-50

## NOMINA DE SUELDOS

**TOTAL NOMINA: SEIS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE.**

| | EMPLEADO(A) | No DE CUENTA | CEDULA No. | DIAS | SUELDO BASE | AUXILIO DE TRANSPORTE | INCAPACIDAD | TOTAL DEVENGADO | DEDUCIONES | | | TOTAL DEDUCIONES | TOTAL A PAGAR | FIRMAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | SALUD | PENSION | PRESTAMOS | | | |
| 1 | FRANCIA ELENA MEDINA HERNANDEZ | 314 524 4454 | 66.785.842 | 15 | 580.000 | 70.303 | | 650.303 | 23.200 | 23.200 | - | 46.400 | 603.903 | Francia Ele. |
| 2 | AYDEE TASAMA JIMENEZ | 162 007 006 66 | 31.158.544 | 15 | 580.000 | 70.303 | | 650.303 | 23.200 | 23.200 | - | 46.400 | 603.903 | Aydee Tasama |
| 3 | ARGENIS SEGURA | 320 662 1444 | 66.785.141 | 15 | 580.000 | 70.303 | | 650.303 | 23.200 | 23.200 | - | 46.400 | 603.903 | Argenis Segura |
| 4 | ALEXANDRA MEDINA H | 323 486 3359 | 1.113.668.299 | 15 | 580.000 | 70.303 | | 650.303 | 23.200 | 23.200 | - | 46.400 | 603.903 | Alexandra M. |
| 5 | OSCAR DE JESUS CORTES T. | 312 665 6160 | 16.270.042 | 15 | 580.000 | 70.303 | | 650.303 | 23.200 | 23.200 | - | 46.400 | 603.903 | Oscar Cortes |
| 6 | SULLY LORENA TEJADA | 311 327 9345 | 1.113.620.486 | 15 | 812.000 | 70.303 | | 882.303 | 32.480 | 32.480 | - | 64.960 | 817.343 | Sully Tejada. |
| 7 | BRANDON STEHFER CHAMORRO | 316 673 3714 | 1.006.288.068 | 15 | 580.000 | 70.303 | | 650.303 | 23.200 | 23.200 | - | 46.400 | 603.903 | Brandon Chm |
| 8 | KAREN MARLOY RESTREPO | 315 537 1624 | 1.113.655.435 | 15 | 580.000 | 70.303 | | 650.303 | 23.200 | 23.200 | - | 46.400 | 603.903 | Karen Mar |
| 9 | DANY MAURICIO ESCOBAR VALDERRUTEN | 300 666 4622 | 1.075.679.105 | 15 | 580.000 | 70.303 | | 650.303 | 23.200 | 23.200 | - | 46.400 | 603.903 | Dany M. Escobar |
| 10 | ELIANA MARIA BENITEZ DIAZ | 067037897005215 5 | 66.930.237 | 15 | 580.000 | 70.303 | | 650.303 | 23.200 | 23.200 | - | 46.400 | 603.903 | Eliana Benitez |
| | ACUMULADO: | | | | 6.032.000 | 703.030 | - | 6.735.030 | 241.280 | 241.280 | - | 482.560 | 6.252.470 | |

Ana Lucia Borja Cabrera
Directora

Esperanza Serrano
Tesorera

Sully Lorena Tejada.
Sully Lorena Tejada
Aux. Administración

Alba Nidia Ruiz Espinosa
Revisora Fiscal

Observaciones:

Powered by CamScanner

# 12.
# CERTIFICACION DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL SOPORTE DE PAGO FACTURA ELECTRONICA



**Centro de Bienestar del Anciano**
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

**CERTIFICACIÓN PARA ACREDITAR EL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES**

**Señores:**
**MUNICIPIO DE PALMIRA**
**Ciudad**

Con el fin de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO Que EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO NIT 800.107.454

Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a salud, pensiones y riesgos laborales y cuando ha sido del caso con los aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.

Por lo cual Certifico que se encuentra a Paz Y Salvo en el mes de Abril - Mayo de 2023 por valor de $5.321.500 (Cinco millones trescientos veintiún mil quinientos pesos mcte).

En mi calidad de Revisor Fiscal expido este documento el 24 de mayo de 2023.

CC. No. 31.162.287 de Palmira – Valle.
Revisor Fiscal
TP 41.900T

Nota: Esta certificación debe firmarla el Revisor Fiscal si la empresa está obligada a tenerlo, de lo contrario la firma el Representante Legal. Para el caso de personas naturales la firma el mismo proponente

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2023-05-02, 08:59:21 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | abril de 2023 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | mayo de 2023 |
| **Empresa** | CENTRO BIENESTAR ANCIANO CASA DEL MENDIGO |
| **NIT** | NI 800107454 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1054404772 |
| **Tipo de Planilla** | E |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 2055738486 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 5.321.500 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 3 | $ 556.900 | $ 0 |
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | 2 | $ 371.200 | $ 0 |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 6 | $ 1.045.600 | $ 0 |
| N800227940 | 231001 | COLFONDOS | 1 | $ 259.900 | $ 0 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS S.A. | 1 | $ 145.000 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. | 4 | $ 580.100 | $ 0 |
| N800130907 | EPS002 | SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 5 | $ 725.000 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 2 | $ 294.900 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 12 | $ 137.000 | $ 0 |
| N890303208 | CCF57 | COMFANDI | 12 | $ 535.900 | $ 0 |
| N899999034 | PASENA | SENA | 12 | $ 268.000 | $ 0 |
| N899999239 | PAICBF | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 12 | $ 402.000 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 5.321.500 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 5.321.500 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

# 13 CERTIFICACION ESTADOS FINANCIEROS DE FEBRERO Y GASTOS DE MAYO 2023

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 268 3208 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

**PRESENTACION DE INFORME FINANCIERO**

Presento los informes financieros (Balance, Estado de Resultados y Notas del Centro de Bienestar del Anciano, Casa del Mendigo) con corte Septiembre 2022.

Adicionalmente y de acuerdo con lo establecido en el Convenio MP-0909-2022, se relacionan los gastos y compras incurridas en el mes de MAYO 2023 a continuación adjunto información.

Atentamente,

**ALBA NIDIA RUIZ C.**

Revisora Fiscal

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 602 268 32 08 – 313 613 6803
E-mail: cbancianopalmira@outlook.com
Palmira, Valle del Cauca

**CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO**
**CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA**
NIT 800,107,454-3

**BALANCE GENERAL**
**DESDE ENERO 01 HASTA ABRIL 30 DE 2023**

| **ACTIVO** | | **2.023** | **2.022** | **VARIABLE** |
|---|---|---|---|---|
| Disponible | 2 | 40.826.276 | 9.176.423 | 31.649.853 |
| Deudores | 4 | 670.000 | 16.302.750 | -15.632.750 |
| **TOTAL ACTIVO CORRIENTE** | | **41.496.276** | **25.479.173** | **16.017.103** |
| **ACTIVO NO CORRIENTE** | | | | |
| **PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO** | | | | |
| Maquinaria y Equipos | 5 | 8.175.247 | 8.175.247 | - |
| Equipo Hospitalario | 5 | 19.465.853 | - | 19.465.853 |
| Equipo de Cocina | 5 | 12.074.804 | 9.047.200 | 3.027.604 |
| Muebles y enseres | 5 | 39.807.041 | 40.074.202 | -267.161 |
| Equipo de Computo | 5 | 1.986.667 | - | 1.986.667 |
| **DEPRECIACION ACUMULADA** | | | | |
| maquinaria y Equipo | 5 | -8.175.247 | -8.242.090 | 66.843 |
| Equipo Hospitalario | 5 | -162.894 | - | -162.894 |
| Equipo de Cocina | 5 | -1.313.576 | - | -1.313.576 |
| Muebles y Enseres | 5 | -534.323 | -20.426.194 | 19.891.872 |
| Equipo de Computo | 5 | -288.080 | - | -288.080 |
| Muebles y Equipos | 5 | -20.426.194 | - | -20.426.194 |
| **TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE** | | **50.609.297** | **28.628.365** | **21.980.932** |
| **TOTAL ACTIVO** | | **92.105.573** | **54.107.538** | **37.998.035** |
| **PASIVO** | | | | |
| **PASIVO CORRIENTE** | | | | |
| Cuentas por pagar | 6 | 57.039.346 | 8.197.414 | 48.841.932 |
| Obligaciones laborales por pagar | 6 | 14.091.866 | 10.789.604 | 3.302.262 |
| **TOTAL PASIVO CORRIENTE** | | **71.131.212** | **18.987.018** | **52.144.194** |
| **TOTAL PASIVO** | | **71.131.212** | **18.987.018** | **52.144.194** |
| **PATRIMONIO** | | | | |
| Aportes fondo Mutuo | 7 | 641.000 | 641.000 | - |
| Donacion Activos Hospitalarios | 7 | 19.547.300 | - | 19.547.300 |
| Donaciones contrucciones y mejoras | 7 | 111.927.276 | 111.927.276 | - |
| Resultados Acumulados | 7 | -59.053.025 | -48.557.025 | -10.496.000 |
| Resultados del presente ejercicio | 7 | -52.088.189 | -28.890.731 | -23.197.459 |
| **TOTAL PATRIMONIO** | | **20.974.362** | **35.120.520** | **-14.146.159** |
| **TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO** | | **92.105.573** | **54.107.538** | **37.998.035** |

**Ana Lucia Borja Cabrera**
Representante Legal

CARLOS H. SANCLEMENTE
Presidente

ALBA NIDIA RUIZ ESPINOSA
Revisor Fiscal tp 41900T

**CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO**
**CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA**
NIT 800,107,454-3

**ESTADO DE RESULTADOS**
**DESDE ENERO 01 HASTA ABRIL 30 DE 2023**

| **INGRESOS** | **NOTAS** | **2.023** | **2.022** | **VARIABLE** |
|---|---|---|---|---|
| Devolcion y/o Anulaciones | | -60.000 | - | -60.000 |
| Intereses | | 3.461 | 646 | 2.814 |
| Descuentos Comerciales Concedidos | | 454.535 | - | 454.535 |
| Deduccion Nomina | | 2.735.999 | - | 2.735.999 |
| Ajuste al peso | | 1.114 | 250 | 865 |
| Donacion Plan Padrino | | 1.177.000 | 4.473.000 | -3.296.000 |
| Donacion En Efectivo | | 5.172.000 | 10.113.651 | -4.941.651 |
| Donacion Abuelos / Cuidados Gerontologicos | | 30.191.000 | 18.750.000 | 11.441.000 |
| Donacion por Actividades | | 14.215.800 | 12.892.000 | 1.323.800 |
| Donacion en Cheque / Transferencia | | 7.589.000 | - | 7.589.000 |
| Donacion en Especie | | 17.877.483 | 8.788.904 | 9.088.579 |
| Ingresos por Estampilla | | 48.818.250 | 32.545.500 | 16.272.750 |
| | | **128.175.642** | **87.563.951** | **40.611.691** |
| | 5 | | | |
| **Menos:** | | | | |
| **GASTOS ORDINARIOS DE ADMINISTRACION** | | | | |
| Gastos de Administración | 9 | 153.899.967 | 115.032.642 | 38.867.325 |
| **TOTAL GASTOS OPERACIONALES** | | $ **153.899.967** | **115.032.642** | **38.867.325** |
| **UTILIDAD OPERACIONAL** | | **25.724.325** | **27.468.691** | **-1.744.366** |
| | | | | |
| **MENOS: OTROS GASTOS** | | | | |
| Gastos Financieros | **9** | 26.363.864 | 1.422.039 | 24.941.825 |
| **TOTAL OTROS GASTOS** | | **26.363.864** | **1.422.039** | **24.941.825** |
| **PERDIDA A LA FECHA** | | $ **-52.088.189** | **-28.890.731** | **-23.197.459** |

**Ana Lucia Borja Cabrera**
Representante Legal

CARLOS H. SANCLEMENTE
Presidente

ALBA NIDIA RUIZ ESPINOSA
Revisor Fiscal tp 41900T

**CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO**
**CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA**
NIT 800,107,454-3
**NOTAS A LOS ESTADOS FINANCIEROS CONSOLIDADAS**
**DESDE ENERO 01 HASTA ABRIL 30 DE 2023**

**NOTA 1 ENTIDAD, OPERACIONES Y POLÍTICAS CONTABLES**

***PRINCIPALES POLITICAS Y PRACTICAS CONTABLES***

La contabilidad y la preparación de los Estados Financieros observa las normas de contabilidad generalmente aceptadasy reglamentadas ley 1314 de 2009 y todos sus decretos reglamentarios. Pertenecemos al grupo II de Niif para pymes

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOTA 2.** | **DISPONIBLE** | **2023** | **2.022,00** | **VARIACION** |
| | Efectivo en Caja General | 3.532.046,79 | 1.727.022,00 | 1.805.024,79 |
| | Caja Menor | 30.000,00 | 0,00 | 30.000,00 |
| | **Bancos** | | | |
| | **Cuenta Corriente** | | | |
| | Banco Davivienda | 26.622.444,19 | 3.731.115,38 | 22.891.328,81 |
| | **Cuenta Ahorro** | | | |
| | Banco Davivienda | 10.594.821,90 | 3.718.285,80 | 6.876.536,10 |
| | Banco Bancolombia | 46.963,41 | 0,00 | 46.963,41 |
| | **TOTAL DISPONIBLE** | **40.826.276,29** | **9.176.423,18** | **31.649.853,11** |
| **NOTA 3** | **DEUDORES** | | | |
| | Cuentas por cobrar a trabajadores | 0,00 | 30.000,00 | -30.000,00 |
| | Cuentas por Cobrar a Terceros | 670.000,00 | 0,00 | 670.000,00 |
| | Otros Deudores Varios | 0,00 | 16.272.750,00 | -16.272.750,00 |
| | **TOTAL DEUDORES** | **670.000,00** | **16.302.750,00** | **-15.632.750,00** |
| **NOTA 4** | **PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO** | | | |
| | Se entrego al Municipio de Palmira la Propiedad planta y equipo Construcciones y edificaciones, como pago de los impuestos que | | | |
| | Maquinaria y Equipos | 8.175.247,00 | 8.175.247,00 | 0,00 |
| | Equipo Hospitalario | 19.465.852,92 | 0,00 | 19.465.852,92 |
| | Equipo de Cocina | 12.074.803,86 | 9.047.200,00 | 3.027.603,86 |
| | Muebles y enseres | 39.807.040,65 | 40.074.202,00 | -267.161,35 |
| | Equipo de Computo | 1.986.666,67 | 0,00 | 1.986.666,67 |
| | SUBTOTAL | **81.509.611,10** | **57.296.649,00** | **24.212.962,10** |
| | **DEPRECIACION ACUMULADA** | | | |
| | maquinaria y Equipo | -8.175.246,80 | -8.242.089,80 | 66.843,00 |
| | Equipo Hospitalario | -162.894,16 | 0,00 | -162.894,16 |
| | Equipo de Cocina | -1.313.576,38 | 0,00 | -1.313.576,38 |
| | Muebles y Enseres | -534.322,70 | -20.426.194,30 | 19.891.871,60 |
| | Equipo de Computo | -288.079,68 | 0,00 | -288.079,68 |
| | Muebles y Equipos | -20.426.194,30 | 0,00 | -20.426.194,30 |
| | Subtotal | **-30.900.314,02** | **-28.668.284,10** | **-2.232.029,92** |
| | **NETO DE PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO** | **50.609.297,08** | **28.628.364,90** | **21.980.932,18** |
| | **GRAN TOTAL ACTIVO** | **92.105.573,37** | **54.107.538,08** | **37.998.035,29** |
| **NOTA 5** | **CUENTAS POR PAGAR** | | | |
| | **A CORTO PLAZO** | | | |
| | Proveedores | 0,00 | 1.391.912,00 | -1.391.912,00 |
| | Costos y Gastos por Pagar | 0,00 | 1.331.549,00 | -1.331.549,00 |
| | Retencion En La Fuente | 75.440,80 | 30.450,00 | 44.990,80 |
| | Impuesto de Industria y Comercio | 0,00 | 40.002,87 | -40.002,87 |
| | Aportes de Nomina por pagar | 3.087.900,00 | 2.347.300,00 | 740.600,00 |
| | Acreedores Varios Pension | 2.233.600,00 | 1.776.200,00 | 457.400,00 |
| | Anticipo Colombia Mayor | 0,00 | 1.280.000,00 | -1.280.000,00 |
| | Reinversion Excedente Esal | 51.642.405,00 | 0,00 | 51.642.405,00 |
| | **TOTAL CUENTAS POR PAGAR CORTO PLAZO** | **57.039.345,80** | **8.197.413,87** | **48.841.931,93** |
| | **OBLIGACIONES LABORALES** | | | |
| | Las obligaciones laborales, son las del periodo contable y son como sigue: | | | |
| | A CORTO PLAZO | | | |
| | **OBLIGACIONES LABORALES** | | | |
| | Cesantías Consolidadas | 4.526.942,00 | 3.721.657,50 | 805.284,50 |
| | Intereses sobre Cesantías | 537.646,00 | 446.626,50 | 91.019,50 |
| | Prima de Servicios | 4.526.942,00 | 3.721.657,50 | 805.284,50 |
| | Vacaciones Consolidadas | 4.500.335,97 | 2.899.662,47 | 1.600.673,50 |
| | **TOTAL OBLIGACIONES LABORALES** | **14.091.865,97** | **10.789.603,97** | **3.302.262,00** |
| | **GRAN TOTAL PASIVO** | **71.131.211,77** | **18.987.017,84** | **52.144.193,93** |
| **NOTA 6** | **PATRIMONIO** | | | |
| | Aportes fondo Mutuo | 641.000,00 | 641.000,00 | 0,00 |
| | Donacion Activos Hospitalarios | 19.547.300,00 | 0,00 | 19.547.300,00 |
| | Donaciones contrucciones y mejoras | 111.927.276,00 | 111.927.276,00 | 0,00 |
| | Resultados Acumulados | -59.053.025,38 | -48.557.025,38 | -10.496.000,00 |
| | Resultados del presente ejercicio | -52.088.189,10 | -28.890.730,53 | -23.197.458,57 |
| | **TOTAL RESULTADOS ACUMULADOS** | **20.974.361,52** | **35.120.520,09** | **-14.146.158,57** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOTA 7** | **INGRESOS** | | | |
| | **INGRESOS NO OPERACIONALES** | | | |
| | Devolcion y/o Anulaciones | -60.000,00 | 0,00 | -60.000,00 |
| | Intereses | 3.460,66 | 646,31 | 2.814,35 |
| | Descuentos Comerciales Concedidos | 454.534,87 | 0,00 | 454.534,87 |
| | **Deduccion Nomina** | 2.735.999,00 | 0,00 | 2.735.999,00 |
| | **TOTAL INGRESOS FINANCIEROS** | **3.133.994,53** | **646,31** | **3.133.348,22** |
| | **Diversos** | | | |
| | Ajuste al peso | 1.114,32 | 249,56 | 864,76 |
| | Donacion Plan Padrino | 1.177.000,00 | 4.473.000,00 | -3.296.000,00 |
| | Donacion En Efectivo | 5.172.000,00 | 10.113.651,00 | -4.941.651,00 |
| | Donacion Abuelos / Cuidados Gerontologicos | 30.191.000,00 | 18.750.000,00 | 11.441.000,00 |
| | Donacion por Actividades | 14.215.800,00 | 12.892.000,00 | 1.323.800,00 |
| | Donacion en Cheque / Transferencia | 7.589.000,00 | 0,00 | 7.589.000,00 |
| | Donacion en Especie | 17.877.482,87 | 8.788.904,00 | 9.088.578,87 |
| | Ingresos por Estampilla | 48.818.250,00 | 32.545.500,00 | 16.272.750,00 |
| | **TOTAL NO OPERACIONALES** | **125.041.647,19** | **87.563.304,56** | **37.478.342,63** |
| | **GRAN TOTAL INGRESOS** | **128.175.641,72** | **87.563.950,87** | **40.611.690,85** |
| **NOTA 8** | **GASTOS OPERACIONALES DE ADMINISTRACION** | | | |
| | *Gastos del Personal* | | | |
| | * Sueldos | 52.625.334,00 | 39.562.753,00 | 13.062.581,00 |
| | * Incapacidades | 2.861.332,00 | 73.380,00 | 2.787.952,00 |
| | * Auxilio de transporte | 6.181.976,00 | 4.589.238,00 | 1.592.738,00 |
| | * Cesantias | 5.202.535,00 | 3.737.173,50 | 1.465.361,50 |
| | * Intereses de cesantias | 618.717,00 | 448.488,50 | 170.228,50 |
| | * Primas de Servicio | 5.202.535,00 | 3.737.173,50 | 1.465.361,50 |
| | * Vacaciones | 2.512.455,00 | 1.669.229,50 | 843.225,50 |
| | * Dotacion | 59.689,08 | 326.500,00 | -266.810,92 |
| | * Aportes a la ARP | 471.692,00 | 368.500,00 | 103.192,00 |
| | * Aportes a EPS | 5.660.128,00 | 3.820.221,00 | 1.839.907,00 |
| | * Aportes a Fondos de Pensiones | 7.493.120,00 | 6.063.021,00 | 1.430.099,00 |
| | * Aportes a Caja de Compensacion | 1.798.900,00 | 1.594.601,00 | 204.299,00 |
| | * Aportes ICBF | 1.631.400,00 | 1.196.100,00 | 435.300,00 |
| | * Aportes al Sena | 1.087.600,00 | 797.399,00 | 290.201,00 |
| | * Otros Gastos de Personal | 142.244,00 | 0,00 | 142.244,00 |
| | **Total Gastos de Personal** | **93.549.657,08** | **67.983.778,00** | **25.565.879,08** |
| | **Honorarios** | | | |
| | Honorarios Revisor Fiscal y Contador | 4.802.500,00 | 3.400.000,00 | 1.402.500,00 |
| | Honorarios Otros Conceptos | 2.692.160,00 | 720.000,00 | 1.972.160,00 |
| | **Total Honorarios** | **7.494.660,00** | **4.120.000,00** | **3.374.660,00** |
| | **Impuestos** | | | |
| | Impuesto Valorizacion | 0,00 | 1.331.549,00 | -1.331.549,00 |
| | Iva Descontable | 2.288.297,55 | 1.556.452,98 | 731.844,57 |
| | Gravamen Movimiento Financiero | 378.398,54 | 280.229,23 | 98.169,31 |
| | **Total Impuestos** | **2.666.696,09** | **3.168.231,21** | **-501.535,12** |
| | **Servicios** | | | |
| | Temporales | 120.000,00 | 0,00 | 120.000,00 |
| | Telefono | 304.425,93 | 442.876,21 | -138.450,28 |
| | Correo Portes y Telegramas | 1.975,00 | 0,00 | 1.975,00 |
| | Transporte Fletes y Acarreos | 357.664,00 | 40.000,00 | 317.664,00 |
| | Gas | 1.659.022,00 | 1.130.449,00 | 528.573,00 |
| | Internet | 704.377,00 | 199.693,65 | 504.683,35 |
| | Otros servicios | 1.194.437,00 | 76.495,67 | 1.117.941,33 |
| | **Total Servicios** | **4.341.900,93** | **1.889.514,53** | **2.452.386,40** |
| | **Gastos legales** | | | |
| | Registro Mercantil | 1.077.850,00 | 13.000,00 | 1.064.850,00 |
| | Tramites y Licencias | 220.464,00 | 1.565.708,00 | -1.345.244,00 |
| | Otros Gastos Legales | 73.000,00 | 0,00 | 73.000,00 |
| | **Total Gastos Legales** | **1.371.314,00** | **1.578.708,00** | **-207.394,00** |
| | **Mantenimiento y Reparaciones** | | | |
| | Mantenimiento Edificaciones | 1.645.000,00 | 939.908,36 | 705.091,64 |
| | Mantenimiento Maquinaria y Equipo | 0,00 | 200.000,00 | -200.000,00 |
| | Mantenimiento Vehiculo | 0,00 | 25.900,00 | -25.900,00 |
| | Equipo de Computo | 135.000,00 | 0,00 | 135.000,00 |
| | **Total Mantenimiento y Reparaciones** | **1.780.000,00** | **1.165.808,36** | **614.191,64** |
| | **Adecuacion e Instalacion** | | | |
| | Instalaciones Electricas | 95.461,96 | 0,00 | 95.461,96 |
| | Arreglos Ornamentales | 0,00 | 70.000,00 | -70.000,00 |
| | Reparaciones Locativas | 5.940.279,00 | 8.088.428,43 | -2.148.149,43 |
| | Otras Adecuaciones e Instalaciones | 572.815,48 | 120.000,00 | 452.815,48 |
| | **Total Adecuacion e Instalacion** | **6.608.556,44** | **8.278.428,43** | **-1.669.871,99** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Depreciaciones** | | | |
| Maquinaria y Equipo | 244.341,24 | 272.512,00 | -28.170,76 |
| Muebles y Enseres | 801.484,05 | 0,00 | 801.484,05 |
| Equipo de Computo | 39.999,99 | 0,00 | 39.999,99 |
| Equipo de Cocina | 151.566,57 | 1.510.124,00 | -1.358.557,43 |
| **Total Depreciacion** | **1.237.391,85** | **1.782.636,00** | **-545.244,15** |
| **Diversos** | | | |
| Elementos de aseo y cafeteria | 3.380.024,85 | 5.301.833,81 | -1.921.808,96 |
| Utiles de papeleria y fotocopias | 606.216,00 | 231.872,00 | 374.344,00 |
| Combustible y Lubricantes | 30.000,00 | 0,00 | 30.000,00 |
| Taxis y buses | 440.200,00 | 395.100,00 | 45.100,00 |
| Casino y Restaurante | 275.753,60 | 0,00 | 275.753,60 |
| Parqueadero | 5.700,00 | 12.700,00 | -7.000,00 |
| **Otros** | | | |
| Gastos por Actividades | 3.538.820,00 | 2.893.000,00 | 645.820,00 |
| Ajuste al Peso | 514,42 | 2,03 | 512,39 |
| Drogas y Medicamentos Asilados | 501.233,00 | 406.707,15 | 94.525,85 |
| Suministro de alimentos | 25.705.194,56 | 15.782.322,73 | 9.922.871,83 |
| Otros Gastos Diversos | 366.134,00 | 42.000,00 | 324.134,00 |
| **Total Gastos Diversos** | **34.849.790,43** | **25.065.537,72** | **9.784.252,71** |
| **TOTAL GASTOS DE ADMINISTRACION** | **153.899.966,82** | **115.032.642,25** | **38.867.324,57** |
| **GASTOS NO OPERACIONALES** | | | |
| Gastos Bancarios | 245.980,00 | 235.778,99 | 10.201,01 |
| Comisiones Bancarias | 93.505,00 | -309,33 | 93.814,33 |
| Interese por Mora | 290.300,00 | -327,51 | 290.627,51 |
| **Gastos Extraordinarios** | | | |
| Costos y Gastos Ejercicios Anteriores | 19.898.416,00 | 0,00 | 19.898.416,00 |
| Impuestos Asumidos | 5.435.663,00 | 1.166.897,00 | 4.268.766,00 |
| Multas Sanciones y Litigios | 400.000,00 | 0,00 | 400.000,00 |
| Otros Gastos Diversos | | 20.000,00 | -20.000,00 |
| **TOTAL GASTOS NO OPERACIONALES** | **26.363.864,00** | **1.422.039,15** | **24.941.824,85** |
| **GRAN TOTAL GASTOS** | **180.263.830,82** | **116.454.681,40** | **63.809.149,42** |

**Ana Lucia Borja Cabrera**
Representante Legal

CARLOS H. SANCLEMENTE
Presidente

ALBA NIDIA RUIZ ESPINOSA
Revisor Fiscal tp 41900T



**Centro de Bienestar del Anciano**
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

# FACTURAS DE ALIMENTACION

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 282 9954 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR**

**Representación Gráfica**



Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Datos del documento

**Código único de documento soporte - CUDS:**
34f1d9ace4e9eb16f5caa36fb9732b3b03a80c412eed717b8b8966e684e4335e483ceaed2bf3f1d449c84a8be485deb3

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Número documento soporte:** | DSE139 | **Forma de pago:** | Contado |
| **Fecha de generación:** | 01/06/2023 | **Medio de pago:** | Efectivo |
| **Fecha de vencimiento:** | 01/06/2023 | **Orden de compra:** | |
| | | **Fecha de orden de compra:** | |

## Datos del adquiriente

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social:** | CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA | | |
| **NIT del adquiriente:** | 800107454 | **Régimen fiscal:** | R-99-PN No aplica – Otros |
| **Tipo de contribuyente:** | Persona Jurídica y asimiladas | **Responsabilidad tributaria:** | ZZ No aplica |

## Datos del vendedor

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social:** | ELIAS DE J GIRALDO DAZA | | |
| **Tipo de documento:** | NIT | **Procedencia:** | Residente |
| **Número de documento:** | 71000989 | **País:** | Colombia |
| **Tipo de contribuyente:** | Persona Natural y asimiladas | **Departamento:** | Valle del Cauca |
| **Régimen fiscal:** | R-99-PN No aplica – Otros | **Municipio/Ciudad:** | Palmira |
| **Responsabilidad tributaria:** | ZZ No aplica | **Dirección:** | CR 25 38 ESQUINA |

## Detalles de productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nro.** | **Código** | **Descripción** | **U/M** | **Cantidad** | **Precio unitario** | **Descuento detalle** | **Recargo detalle** | **IVA** | **%** | **Valor de Venta por Item** | **Forma de Generación y Transmisión** | **Fecha de compra** |
| 1 | 006 | PANADERIA Y PASTELERIA | PA | 1,00 | 25.000,00 | 0,00 | 0,00 | | | 25.000,00 | Por operación | 01/06/2023 |

## Descuentos y recargos global

| **Nro.** | **Tipo** | **Código** | **Descripción** | **%** | **Valor** |
|---|---|---|---|---|---|

## Referencias

| **Tipo de documento** | **Número de referencia** | **Fecha referencia** |
|---|---|---|

## Notas finales

**Datos totales**



**Documento validado por la DIAN**
2023-06-01 09:00:39
**Documento generado el:**
2023-06-01 09:00:35
**Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit: 800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | **COP** |
| TASA DE CAMBIO | 1,00 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 25.000,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Subtotal base gravable** | 0,00 |
| Total IVA | 0,00 |
| **Total neto documento (=)** | 25.000,00 |
| Descuento global (-) | 0,00 |
| Recargo global (+) | 0,00 |
| **Total documento (=) COP $** | **25.000,00** |

**Valores informativos**

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rte fuente | 0,00 |
| Rte IVA | 0,00 |

Número de Autorización: 18764033502694 Rango desde: '1' Rango hasta: '1000' vigencia: '12/08/2023'

SUPERTIENDAS CANAVERAL S A
SUPERTIENDAS CANAVERAL MAYORISTA PALM
NIT.: 805028041-4
CALLE 28 24 76
PALMIRA
Tel: 2856037 Tel: 2706353



REIMPRESO

| FACTURA ELECTRONICA DE VENTA (POS) |
|---|
| Factura Numero : 12QE16886 |
| Fecha Generacion: 2023-MAY-02 |
| Pagina : 001 de 001 |
| Hora : 05:45 AM |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cliente : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL | Forma de Pago: CONTADO | | | | |
| Estableci.: CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL | Efectivo | | | | |
| Direccion : CL 37 25 36 | | | | | |
| NIT. : 800107454-3 Barrio : OBRERO | Vendedor: | Ruta: 3 | | | |
| Ciudad : PALMIRA | | | | | |
| Telefono : 3136136803 | OC.Nro | OV.Nro | Dcto.Alt | Remisiones | Moneda |
| Fax : | | | 016886 | 017504 | PESOS |

| Codigo | Descripcion | Local. | Cantidad | U.M | F.Conver | Precio_Unit. | Descuento | Iva% | Valor_Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 003203 | ACEITE S/VALLE*3000ml VEGETAL | 012-01 | 6 | un | 1.00 | 26,450.00 | 0.00% | 19 | 133,361.00 * |
| 004017 | CHOCOLATE LUKER*250g AMARGO BARRA | 012-01 | 10 | un | 1.00 | 7,500.00 | 2.00% | 5 | 71,429.00 * |

Total Items 2 Total Peso (Kls) 19.60 Total Volumen (cc) 0.00 Total Cantidad 16

| TOTAL_BRUTO | DSCTOS | SUB-TOTAL | VALOR_IVA | IMPOCONSUMO | VALOR_RFTE | T O T A L |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 204,790.00 | 1,429.00 | 203,361.00 | 28,839.00 | 0.00 | 0.00 | 232,200.00 |

Valor Letras : DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE.

[ D E T A L L E D E V A L O R E S ]

| % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19 | 133,361 | 25,339 | 05 | 70,000 | 3,500 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 |
| 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 |

RTE FUENTE : 0.00 RTE IVA: 0.00 RTE ICA: 0.00 IMPOCONSUMO: 0.00
IMPOCONSUMO: 0.00 BOLSA PLASTICA

Observacion: ACUMULACION P.D.V.

Cufe:62f46bf11ccd31d669f7578f31613502f5bd59952c89c1254697eeab17bcd3a7753eccbb9309df571b0b863ec0391806
Fecha de certificacion: 2023-05-03T08:01:56.

* Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Somos agentes retenedores de IVA. Grandes Contribuyentes, Resolucion No. 9061 de 10-12-2020

Autorizacion Numeracion De Facturacion 18764043554300 vigente de ENE-30-2023
hasta JUL-30-2024 Numeracion Autorizada 12QE1 al 12QE999999 Vigencia: 18 MESES

HAGO CONSTAR QUE HE RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS VENDIDAS Firma C.C Y Sello

Factura generada por software SIESA de SISTEMAS DE INFORMACION EMPRESARIAL SA. Nit 890.319.193-3 Siesa e-Invoicing Nit 890.319.193-3.

Firma digital: NO/G1U5oxT8/ZBzCTX7mv2RnQ9rCcvH1v12eBnvzKiTkkD83DM9B+EnLcOIFJxqaY4sbDW3pPSBaHcpR0K363tE1nyNCSZ0RL0MvQ+iBry25QkViO/PbSGU6qHoYu9hjb9vrcYx4otln9IIhOELuqW2aIUSNn/UDADSEr
9jw93eh19PJE36dzLiF9qeLximYgggYykhCdFtPqHsa+lR9xiAmu+CCIgECglUX1dITRKE+MGnM4/7K07SwfbPDhRK2Q5pHiVSUAN0Aq6fqlK/SKrAaF8bUvq7JgaT6r0BLo41B



SUPERTIENDAS CAÑAVERAL S.A.S.
NIT: 805.028.041-4 Respons. De IVA
Dir: CR 32 No. 20 27  Palmira
Tel: 4850175 Ext: 325

**REIMPRESION**
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: 08FB243

TPV      : TPV002SP008
Cajero   : ANGULO MINA ELMY CONSTANZA
Fecha    : 2023/5/3 Hora: 08:07:50
Consec. # : V08-243
Vendedor :  ANGULO MINA ELMY CONSTANZA
Condicion de Pago:Contado
Cliente  : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIA
Nit/C.C. : 800107454
Direccion: CL 37 25 36
Telefono : 3136136803

| Descripcion de Item<br>Referencia | Cant. | U.M | V/r Uni. | Total |
|---|---|---|---|---|
| LAVALOZA AXION*450g*2und LIMON P.E.<br>090002 | 1.00 | un | 10,500 | 10,500* |
| JABON UNICO*220g LAVANDA PLUS<br>028985 | 1.00 | un | 2,550 | 2,550* |
| JABON UNICO*220g LAVANDA PLUS<br>028985 | 1.00 | un | 2,550 | 2,550* |
| JABON PROTEX*110g*3und AVENA<br>097283 | 1.00 | un | 6,900 | 6,900* |
| DETER ARIEL*5000g REGULAR P.E<br>102516 | 1.00 | un | 53,900 | 53,900* |
| P.H ROSAL*25m*12roll ULTRACONFORT T/H<br>122435 | 1.00 | un | 13,950 | 13,950* |
| ALPISTE LUPE*kg AGRANEL<br>027647 | 0.73 | kg | 6,650 | 4,888* |
| AZUCAR LUPE*kg A GRANEL<br>019329 | 6.35 | kg | 4,400 | 27,962* |
| ARROZ DIANA*3000g<br>007931 | 1.00 | un | 12,450 | 12,450 |
| ARROZ BLANQUITA*5000g<br>000939 | 1.00 | un | 22,500 | 22,500 |
| CAFE AGUILA ROJA*250g MOLIDO<br>000903 | 1.00 | un | 8,950 | 8,950* |
| CAFE AGUILA ROJA*500g MOLIDO<br>014059 | 1.00 | un | 16,950 | 16,950* |
| ACEITE DONA LUPE*2000ml GIRASOL 100%<br>087914 | 1.00 | un | 24,500 | 24,500* |
| LECHE EL RODEO*875g HIERRO G/ARROZ ROA*5<br>1255954 | 1.00 | un | 24,950 | 24,950 |
| TISANA ORIENTAL*15g*20u HIERBABUENA<br>000108 | 1.00 | un | 3,500 | 3,500* |
| TISANA ORIENTAL*15g*20u MANZANILLA<br>000105 | 1.00 | un | 3,500 | 3,500* |
| TISANA ORIENTAL*1.5g*20und MENTA<br>000119 | 1.00 | un | 3,500 | 3,500* |
| GALLETA DUCALES*147g*3tacos<br>064459 | 1.00 | un | 9,750 | 9,750* |
| ATUN ISABEL*142g*2und ACEITE GIRASOL<br>118185 | 1.00 | un | 14,250 | 14,250* |
| PAN MAMIPAN*210g MAMIPANCITO<br>070179 | 1.00 | un | 2,900 | 2,900 |
| HARINA HAZ DE OROS*500g TRIGO<br>002813 | 1.00 | un | 2,160 | 2,160*D |
| SAL REFISAL*1000g<br>029166 | 1.00 | un | 2,300 | 2,300 |
| SUAVIZ SUAVITEL*2300ml PRIMAVERAL D/P<br>106205 | 1.00 | un | 14,800 | 14,800* |

T O T A L .....  $290,160

---------[ DETALLE DE VALORES ]---------
Vta Gravada (*).....  195,949  +
Vta Excluida  .....  65,100  +
Dscto Lista (D).....  514  -
Impuestos .....  29,111  +

-------[ INFORMACION TRIBUTARIA ]-------

| Descripcion | % | Vlr_Base | Vlr_Impto. |
|---|---|---|---|
| IVA del 5% | 5.00 | 58,009 | 2,901 |
| IVA del 19% | 19.00 | 137,940 | 26,210 |

-----------[ MEDIOS DE PAGO ]-----------
10-Efectivo  $300,000
CAMBIO  $9,840

AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION
No. 18764047772423
Numeracion: AUTORIZADA
Rango desde :1 hasta 50000000
Vigencia: desde 2023/04/20
          hasta 2024/10/20 - 18  MESES

GRANDES CONTRIBUYENTES
RESOL. 012220 DE 2022/12/26

ESPERAMOS SU PRONTA VISITA

ESTIMADO CLIENTE CONSERVE SU
TIQUETE PARA POSIBLES RECLAMOS

Factura generada por software de
Sistemas de InformaciÃ³n Empresarial S.
NIT: 890.319.193-3
Siesa e-Invoicing

**CUFE:** 82d79d298f7cc11b630a57f2b52214f1
1d44c9f9498b9f1bb6ad78f70d791a2a
1b51eb7f5fbc369545f860fd127cf267
**Fecha de aceptación:** 2023-05-03 08:08:30-05:00

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 285845b575c297723eddc8a462706195dec8d97737371b10e6d95a870d5c51da358152a6ee6595329f79042c33f2a1b4

Número de Factura: FE-37
Fecha de Emisión: 06/05/2023
Fecha de Vencimiento: 06/05/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

### Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: ARANZAZU HINCAPIE FREDY
Nombre Comercial: ARANZAZU HINCAPIE FREDY
Nit del Emisor: 14650380
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 4721

País: Colombia
Departamento: Valle del Cauca
Municipio / Ciudad: Palmira
Dirección: CL 26 A 24 37
Teléfono / Móvil: 3206769173
Correo: ksantacruz@uan.edu.co

### Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 8001074543
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Valle del Cauca
Municipio / Ciudad: Cali
Dirección: CL 37 25 36 BRR OBRERO
Teléfono / Móvil: 3117296509
Correo: centrodebienestardelancianopalmira@live.com

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | unitario de venta |
| 1 | | MERCADO SURTIDO FRUTAS Y VEGETALES VARIOS | NIU | 1,00 | $ 742.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 742.600,00 |

### Descuentos y Recargos Globales

| Nro. | Tipo | Código | Descripción | % | Valor |
|---|---|---|---|---|---|

### Información Complementaria

| Nro | Nombre Campo | Valor Campo |
|---|---|---|

### Anticipos

| Nro | Valor | Fecha recibido |
|---|---|---|

### Referencias

| Tipo de Documento Referencia | Número Referencia | Fecha Referencia |
|---|---|---|

## Notas Finales

Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento validado por la DIAN 2023-05-06 22:53:00**
**Documento generado el: 2023-05-06 22:52:59**
**Generado por:Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800.197.268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Subtotal** | | | 742.600,00 |
| Descuento detalle | | | 0,00 |
| Recargo detalle | | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | | 742.600,00 |
| IVA | | | 0,00 |
| INC | | | 0,00 |
| Bolsas | | | 0,00 |
| Otros impuestos | | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | | 742.600,00 |
| Descuento Global (-) | | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ | 742.600,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764045694879 Rango desde: 32 Rango hasta: 50 Vigencia: 2023-09-09

# D1 S.A.S

**NIT: 900276962-1**

**Somos Grandes Contribuyentes**

**Somos Retenedores de IVA de acuerdo a la**

**resolucion No.09061 del 10 de diciembre de 2020**

**CR 35 # 32 - 27**

**DOMICILIO PRINCIPAL. Carrera 7 #155C - 30 Ed. North Point**

**Torre E Pisos 37 y 38**

**TIENDAS D1**

**CALIDAD ALTA A PRECIOS MUY BAJOS**

| CODIGO | DESCRIPCION | CANTIDAD | PR. BASE | |
|---|---|---|---|---|
| 12000128 | QUITAMANCHAS LIQUIDO | 1 | 3,185 | A |
| 12000722 | QUITAMANCHAS BLANCA | 1 | 3,353 | A |
| 12000231 | LIQUIDO LAVALOZA BRI | 2 | 4,521 | A |
| 12002822 | GEL DE BANO NATURAL | 1 | 6,294 | A |
| 12003457 | JABON INTIMO FRESH & | 1 | 3,151 | A |
| 12003570 | AMBIENTADOR MANZANA | 1 | 5,034 | A |
| 12000089 | BLANQUEADOR BRILLA K | 1 | 2,647 | A |
| 12000425 | JABON EN BARRA BRILL | 1 | 4,748 | A |
| 12000530 | GUANTE INDUSTRIAL NE | 2 | 5,025 | A |
| 12000176 | SERVILLETA DOBLADA R | 2 | 7,311 | A |
| 12004032 | PASTA DE AJO DELIKA | 2 | 3,345 | A |
| 12004082 | PASTA DE CEBOLLA LAR | 2 | 3,345 | A |
| 12002839 | GALLETAS SALTISIMAS | 1 | 4,361 | A |
| 12000305 | MAYONESA BAJA EN GRA | 1 | 2,933 | A |
| 12000706 | MEZCLA DIVERTIDA NUT | 1 | 3,908 | A |
| 12002094 | GALLETAS CREMA SABOR | 1 | 4,950 | A |
| 12000266 | SALSA DE TOMATE ZEV | 1 | 3,101 | A |
| 12002025 | UVAS PASAS NUTHOS 20 | 1 | 3,190 | 5 |
| 12001689 | GALLETA MIEL HONY PQ | 1 | 4,950 | A |

**D1 S.A.S**

**NIT: 900276962-1**

**Somos Grandes Contribuyentes**

**Somos Retenedores de IVA de acuerdo a la resolucion No.09061 del 10 de diciembre de 2020**

**CR 35 # 32 - 27**

**DOMICILIO PRINCIPAL. Carrera 7 #155C - 30 Ed. North Point Torre E Pisos 37 y 38**

**TIENDAS D1**

**CALIDAD ALTA A PRECIOS MUY BAJOS**

| CODIGO | DESCRIPCION | CANTIDAD | PR. BASE |
|---|---|---|---|
| **SUBTOTAL** | | | 79,350 |
| **TOTAL IVA** | | | 14,468 |
| **TOTAL OTROS IMP** | | | |
| **TOTAL NETO** | | | 93,820 |
| **AJUSTE PARA VUELTAS EXACTAS** | | | 0 |
| **TOTAL** | | | 93,820 |
| **TARJ CRE/DEB** | | 93,820 | |
| **AUTORI=428704 TARJ=1843** | | | |
| **CONTADO** | | | |
| **CAMBIO** | | 0 | |

## RESUMEN DE IMPUESTOS

| TARIFA | TOTAL | BASE | IVA |
|---|---|---|---|
| 5=EXEN | 3,190 | 3,190 | 0 |
| A=19% | 90,630 | 76,162 | 14,468 |
| | | 79,352 | 14,468 |

**CLIENTE:** CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO

**NIT/CC:** 800107454

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.A0V3822 VIGENTE HASTA 2023-09-30

RESOLUCIÓN DE FACTURACIÓN No 18764027261777 del 2022-03-31 HABILITA A0V3 DESDE 1 HASTA -1999999

05/05/23 20:36 538 2 7509

2023-05-05 20:36:34

OPERADOR TECNOLOGICO: Signature South Consulting Colombia S.A.S.- NIT. 900.508.908

Si necesita nota crédito sobre esta factura de venta electrónica Ingrese a www.d1.com.co opción factura electrónica - nota crédito

Servicio de Atencion al cliente Tiendas D1

atencion.cliente@koba-group.com

TEL: 018000120201

CUFE:

9f5e363610d7503bd2fdc4e92c57fc0488f5decc2896c8eeb1ef50c0d851ce1504058efb3e96bbc5e3b95a1c1dd8e6bf

REPRESENTACION GRAFICA DE LA FACTURA ELECTRONICA



SUPERTIENDAS CAÑAVERAL S.A.S.
NIT: 805.028.041-4 Respons. De IVA
Dir: CR 32 No. 20 27  Palmira
Tel: 4850175 Ext: 325

**REIMPRESION**
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: 27FB396

TPV      : TPV002SP027
Cajero   : SARRIA DURAN NICOLLE ANDREA
Fecha    : 2023/5/5 Hora: 20:04:48
Consec. # : V27-396
Vendedor :  SARRIA DURAN NICOLLE ANDREA
Condicion de Pago:Contado
Cliente  : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIA
Nit/C.C. : 800107454
Direccion: CL 37 25 36
Telefono : 3136136803

| Descripcion de Item | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Referencia | Cant. | U.M | V/r Uni. | Total |
| PAPA*500g AMARILLA RICHIE | | | | |
| 012077 | 1.00 | un | 1,700 | 1,700 |
| ACEITE RIQUISIMO*3000ml | | | | |
| 004761 | 1.00 | un | 38,650 | 38,650* |
| BEBIDA SAVILOE*420ml*6un ALOE VERA P.E. | | | | |
| 120519 | 1.00 | un | 17,400 | 17,400* |
| BEBIDA SAVILOE*420ml*6un ALOE VERA P.E. | | | | |
| 120519 | 1.00 | un | 17,400 | 17,400* |
| YOGURT TAPIOKA*1750g MELOCOTON | | | | |
| 003889 | 1.00 | un | 23,200 | 23,200* |
| TE SUNTEA*436g*9L FUSION DE FRUTAS | | | | |
| 113382 | 1.00 | un | 14,050 | 14,050* |
| CONDIMENTO EL REY*50g NATUREY CHAPETA | | | | |
| 109425 | 1.00 | un | 2,300 | 2,300* |
| CHOCOLATE CHOCOLYNE*200g SPLENDA INST | | | | |
| 077012 | 1.00 | un | 10,950 | 10,950* |
| AROMATICA ORIENTAL*20g*20und MANZANA | | | | |
| 077634 | 1.00 | un | 9,600 | 9,600* |
| FRIJOL LUPE*500g CALIMA | | | | |
| 007797 | 1.00 | un | 7,100 | 7,100 |
| PASAB YUPI*110g SALADO | | | | |
| 109579 | 1.00 | un | 3,600 | 3,600* |
| CHOCOLATE CHOCOLYNE*200g SPLENDA INST | | | | |
| 077012 | 1.00 | un | 10,950 | 10,950* |
| AVENA QUAKER*180g FRESCAVENA FRESA D/P | | | | |
| 015394 | 1.00 | un | 5,750 | 5,750* |
| AVENA QUAKER*200g MOLIDA | | | | |
| 045956 | 1.00 | un | 2,600 | 2,600* |
| CAFE AGUILA ROJA*85g INSTANTANEO | | | | |
| 040312 | 1.00 | un | 11,700 | 11,700* |
| PAN BIMBO*650g INTEGRAL | | | | |
| 098044 | 1.00 | un | 9,650 | 9,650 |
| PIERNA MAGRA*kg CERDO | | | | |
| 086742 | 0.99 | kg | 23,500 | 23,383** |
| TORTILLA BIMBO*42.5g*10und FAJITAS T/L | | | | |
| 081813 | 1.00 | un | 9,050 | 9,050* |
| CREMA DE LECH ALQUERIA*180g SEMIENTERA | | | | |
| 121594 | 1.00 | un | 4,950 | 4,950 |
| ESPARCIBLE PREMIER*125g BARRA | | | | |
| 085864 | 1.00 | un | 2,450 | 2,450* |
| ESPARCIBLE PREMIER*125g BARRA | | | | |
| 085864 | 1.00 | un | 2,450 | 2,450* |
| ESPARCIBLE PREMIER*125g BARRA | | | | |
| 085864 | 1.00 | un | 2,450 | 2,450* |
| ESPARCIBLE PREMIER*125g BARRA | | | | |
| 085864 | 1.00 | un | 2,450 | 2,450* |
| ESPARCIBLE PREMIER*125g BARRA | | | | |
| 085864 | 1.00 | un | 2,450 | 2,450* |
| SALCHICHON ZENU*500g BROST | | | | |
| 001401 | 1.00 | un | 9,550 | 9,550* |
| SALCHICHA RICA*500g LLANERA | | | | |
| 054021 | 1.00 | un | 14,950 | 14,950* |
| QUESO LA FLORIDA*600g D/CREMA TAJADO | | | | |
| 074126 | 1.00 | un | 19,050 | 19,050 |
| QUESO COLANTA*230g CREMA | | | | |
| 006180 | 1.00 | un | 5,800 | 5,800 |
| CUCAS LA GITANA*72g*2und BLANCA | | | | |
| 037432 | 1.00 | un | 1,100 | 1,100* |
| CUCAS LA GITANA*72g*2und BLANCA | | | | |
| 037432 | 1.00 | un | 1,100 | 1,100* |
| VINAGRE COLMANS*500ml BLANCO P/24 | | | | |
| 012573 | 1.00 | un | 3,100 | 3,100* |
| ENDULZAN INCAUCA*160sob ZERO+ZERO*40sob | | | | |
| 076793 | 1.00 | un | 28,300 | 28,300* |
| LIMPIADOR FRAGANTI*2000ml LAVAN P.E | | | | |
| 071822 | 1.00 | un | 10,600 | 10,600* |
| MAQUINA SCHICK QTRO*2u TTNIUM P/SEN BLIS | | | | |
| 091275 | 1.00 | un | 15,500 | 15,500* |
| TALCO REXONA*300g EFFICIENT+TALCO REXONA | | | | |
| 117132 | 1.00 | un | 19,520 | 19,520*D |
| JABON REXONA*120g*3und FRESH ANTIBAC C/1 | | | | |
| 104541 | 1.00 | un | 8,440 | 8,440*D |
| AMBIENT GLADE*270ml*2u AUTOM STDO RPTO | | | | |
| 082961 | 1.00 | un | 43,750 | 43,750* |
| JABON REXONA*120g*3und AVENA ANTIBAC /16 | | | | |
| 104517 | 1.00 | un | 8,440 | 8,440*D |
| DESOD S/STICK*85g*2und XTREME TECH P.E. | | | | |
| 086422 | 1.00 | un | 31,750 | 31,750* |
| DETER RINDEX*2000g 2EN1 FLORES | | | | |
| 085286 | 1.00 | un | 21,650 | 21,650* |
| CHICLE TRIDENT*1.7g*18sob*2und EVUP MENT | | | | |
| 112724 | 1.00 | un | 7,950 | 7,950* |
| LECHE ALQUERIA*1100ml*5und DESCREMADA LL | | | | |
| 1067 | 1.00 | un | 32,400 | 32,400** |
| LECHE ALQUERIA*1100ml*5und DESCREMADA LL | | | | |
| 1067 | 1.00 | un | 32,400 | 32,400** |
| LECHE ALQUERIA*1100ml*5und DESCREMADA LL | | | | |
| 1067 | 1.00 | un | 32,400 | 32,400** |

| | |
|---|---|
| T O T A L ..... | $583,983 |

---------[ DETALLE DE VALORES ]---------

| | | |
|---|---|---|
| Vta Gravada (*)..... | 354,708 | + |
| Vta Exenta (**)..... | 120,583 | + |
| Vta Excluida  ..... | 168,833 | + |
| Dscto Lista (D)..... | 7,647 | - |
| Impuestos ..... | 60,442 | + |

-------[ INFORMACION TRIBUTARIA ]-------

| Descripcion | % | Vlr_Base | Vlr_Impto. |
|---|---|---|---|
| IVA del 5% | 5.00 | 49,666 | 2,484 |
| IVA del 19% | 19.00 | 305,042 | 57,958 |

----------[ MEDIOS DE PAGO ]----------

| | |
|---|---|
| 49-Tarjeta Dbito | $583,983 |

AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION
No. 18764047772423
Numeracion: AUTORIZADA
Rango desde :1 hasta 50000000
Vigencia: desde 2023/04/20
          hasta 2024/10/20 - 18  MESES

GRANDES CONTRIBUYENTES
RESOL. 012220 DE 2022/12/26

ESPERAMOS SU PRONTA VISITA

ESTIMADO CLIENTE CONSERVE SU
TIQUETE PARA POSIBLES RECLAMOS

Factura generada por software de
Sistemas de InformaciÃ³n Empresarial S.
NIT: 890.319.193-3
Siesa e-Invoicing

**CUFE:** 64f7692c607c1c44fd608f0569f98541
78e4a282faff0f513987774c42652d6e
d060ef3125ffaea69acd33696245636
**Fecha de aceptación:** 2023-05-05 20:05:27-05:00

Pagada

**ESPECIAS Y DELICATESEN BLANQUITA SAS**
NIT 901.398.473-7
Cr 26 27 46
Tel: 3166151651
Palmira - Colombia
Alinosblanquita@gmail.com

Factura electrónica de venta
**No. ELEC 1108**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA | | |
| **NIT** | 800.107.454-3 | **Teléfono** | (032) 3136136803 |
| **Dirección** | cl 37 25 36 | **Ciudad** | Palmira - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|---|---|
| **Generación** | 16/05/2023, 09:41 |
| **Expedición** | 16/05/2023, 09:41 |
| **Vencimiento** | 16/05/2023 |

| Ítem | Nombre producto | Unidad de medida | Vr. Unitario | Cantidad | Vr. Total | Impto. Cargo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CANELA ENTERA GRANEL | gramo | 100.84 | 250.00 | 30,000.00 | 19 % |
| 2 | COLOR TRADICIONAL *3125GR | unidad | 16,386.55 | 1.00 | 19,500.00 | 19 % |
| 3 | SALSA NEGRA PADY *3000ML | unidad | 10,084.03 | 1.00 | 12,000.00 | 19 % |
| 4 | SALSA BBQ *3000ML | unidad | 15,966.39 | 1.00 | 19,000.00 | 19 % |

**Total items:** 4

**Valor en Letras:**
Ochenta mil quinientos pesos m/cte

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 67,647.05 |
| IVA 19% | 12,852.95 |
| **Total a Pagar** | 80,500.00 |

**Condiciones de Pago:**
Efectivo $ 80,500.00

**Observaciones:**
Gracias por su compra
Matricula mercantil No. 131477
Con la firma de esta factura electrónica de venta, se da acuse de recibo del documento emitido y recibo de los bienes/servicios facturados en la misma.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764046377123 aprobado en 20230323 prefijo ELEC desde el número 1001 al 3000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 4729 Comercio al por menor de otros productos alimenticios n.c.p., en establecimientos especializados Tarifa 4.5
**CUFE:** 8ab7225dbcc4aa996bb21834da60be9c20347aa53b8bde4a9756665fb329aae479ba47681cf1f9564193d813e92b1044

Fabricado Software y Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S. - Nit 830.946.145-8. Resolución Software: Siigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

SUPERTIENDAS CANAVERAL S A
SUPERTIENDAS CANAVERAL MAYORISTA PALM
NIT.: 805028041-4
CALLE 28 24 76
PALMIRA
Tel: 2856037 Tel: 2706353



REIMPRESO

| FACTURA ELECTRONICA DE VENTA (POS) |
|---|
| Factura Numero : 12QE18508 |
| Fecha Generacion: 2023-MAY-11 |
| Pagina : 001 de 001 |
| Hora : 06:10 AM |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cliente : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL | Forma de Pago: CONTADO | | | | |
| Estableci.: CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL | Efectivo | | | | |
| Direccion : CL 37 25 36 | | | | | |
| NIT. : 800107454-3 Barrio : OBRERO | Vendedor: | Ruta: 3 | | | |
| Ciudad : PALMIRA | | | | | |
| Telefono : 3136136803 | OC.Nro | OV.Nro | Dcto.Alt | Remisiones | Moneda |
| Fax : | | | 018508 | 019162 | PESOS |

| Codigo | Descripcion | Local. | Cantidad | U.M | F.Conver | Precio_Unit. | Descuento | Iva% | Valor_Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 007005 | GELATINA FRUTINO*35g*4und SURTIDA | 012-01 | 1 | un | 1.00 | 5,450.00 | 0.00% | 19 | 4,580.00 * |
| 001724 | CREMA DE LECH ALQUERIA*900g L/VIDA | 012-01 | 1 | un | 1.00 | 21,100.00 | 0.00% | 0 | 21,100.00 * |
| 001724 | CREMA DE LECH ALQUERIA*900g L/VIDA | 012-01 | 1 | un | 1.00 | 21,100.00 | 0.00% | 0 | 21,100.00 * |
| 011469 | MAYONESA FRUCO*1000g D/P | 012-01 | 1 | un | 1.00 | 19,350.00 | 0.00% | 19 | 16,261.00 * |
| 007002 | GELATINA FRUTINO*35g*3und MAN/FRA/CERE | 012-01 | 1 | un | 1.00 | 4,100.00 | 0.00% | 19 | 3,445.00 * |

Total Items 5 Total Peso (Kls) 1.00 Total Volumen (cc) 0.00 Total Cantidad 5

| TOTAL_BRUTO | DSCTOS | SUB-TOTAL | VALOR_IVA | IMPOCONSUMO | VALOR_RFTE | T O T A L |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 66,486.00 | 0.00 | 66,486.00 | 4,614.00 | 0.00 | 0.00 | 71,100.00 |

Valor Letras : SETENTA Y UN MIL CIEN PESOS MCTE.

[ D E T A L L E D E V A L O R E S ]

| % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19 | 24,286 | 4,614 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 |
| 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 |
| RTE FUENTE : | | 0.00 | RTE IVA: | | 0.00 | RTE ICA: | | 0.00 | IMPOCONSUMO: | | 0.00 |
| IMPOCONSUMO: | | 0.00 | | | | | | | BOLSA PLASTICA | | |

Observacion: ACUMULACION P.D.V.

Cufe:2547a6e7b5adb0697e3091c7b6b5e96fe77f4cd72a10c3ce07877e9ffabdcf88b03a9f25ef39649011b370accb589d0b
Fecha de certificacion: 2023-05-12T16:26:07.

* Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Somos agentes retenedores de IVA. Grandes Contribuyentes, Resolucion No. 9061 de 10-12-2020

Autorizacion Numeracion De Facturacion 18764043554300 vigente de ENE-30-2023
hasta JUL-30-2024 Numeracion Autorizada 12QE1 al 12QE999999 Vigencia: 18 MESES

HAGO CONSTAR QUE HE RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS VENDIDAS Firma C.C Y Sello

Factura generada por software SIESA de SISTEMAS DE INFORMACION EMPRESARIAL SA. Nit 890.319.193-3 Siesa e-Invoicing Nit 890.319.193-3.

Firma digital: nIUfFYmls0Y2i0LcQ0cEU1NiMZb32PkvgwObLPQAc7DzKCKuJL6zt4nTm9/jDjXOHWgKYlAhqHG6tSAWLk0RwI3BOjeTpPYE/3X8cozFmk6D7j9z7dmEnileJUoHRE8TfRmX0A3r14b/hSPG3iapQ4pP5fiBGh2pV2mlk
sCZ7/kipuqfeK96YKef0sJhm3Hhz0Z062pGDqQsWRChyPw2/lu+Lq9AEZMrPlxsUwyHdpaWSp9E2pvC1WcpZMl1QJBc+TmfAm3DijTQH5Ddzs33wsrgOnlSpIZt5G+0Qb3mApV2

SUPERTIENDAS CANAVERAL S A
SUPERTIENDAS CANAVERAL MAYORISTA PALM
NIT.: 805028041-4
CALLE 28 24 76
PALMIRA
Tel: 2856037 Tel: 2706353



REIMPRESO

| FACTURA ELECTRONICA DE VENTA (POS) |
|---|
| Factura Numero : 12QE18471 |
| Fecha Generacion: 2023-MAY-10 |
| Pagina : 001 de 001 |
| Hora : 05:57 AM |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cliente : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL | Forma de Pago: CONTADO | | | | | |
| Estableci.: CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL | Efectivo | | | | | |
| Direccion : CL 37 25 36 | | | | | | |
| NIT. : 800107454-3 Barrio : OBRERO | Vendedor: | Ruta: 3 | | | | |
| Ciudad : PALMIRA | | | | | | |
| Telefono : 3136136803 | OC.Nro | OV.Nro | Dcto.Alt | Remisiones | Moneda | |
| Fax : | | | 018471 | 018994 | PESOS | |

| Codigo | Descripcion | Local. | Cantidad | U.M | F.Conver | Precio_Unit. | Descuento | Iva% | Valor_Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 002884 | HIGADO*kg RES | 012-01 | 7.110 | kg | 1.00 | 18,000.00 | 0.00% | 0 | 127,980.00 * |

Total Items 1 Total Peso (Kls) 7.11 Total Volumen (cc) 0.00 Total Cantidad 7

| TOTAL_BRUTO | DSCTOS | SUB-TOTAL | VALOR_IVA | IMPOCONSUMO | VALOR_RFTE | T O T A L |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 127,980.00 | 0.00 | 127,980.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 127,980.00 |

Valor Letras : CIENTO VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS MCTE.

[ D E T A L L E D E V A L O R E S ]

| % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 |
| 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 |
| RTE FUENTE : | 0.00 | RTE IVA: | 0.00 | RTE ICA: | 0.00 | IMPOCONSUMO: | 0.00 | | | | |
| IMPOCONSUMO: | 0.00 | | | | | BOLSA PLASTICA | | | | | |

Observacion: ACUMULACION P.D.V.

Cufe:09de32f6ed1e42bfc6e4f71e6d66899eaede2392f0a69bf6b8434bed4036cd02de0677605b729fc3daf016d56a61e4ad
Fecha de certificacion: 2023-05-11T08:22:38.

* Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Somos agentes retenedores de IVA. Grandes Contribuyentes, Resolucion No. 9061 de 10-12-2020

Autorizacion Numeracion De Facturacion 18764043554300 vigente de ENE-30-2023
hasta JUL-30-2024 Numeracion Autorizada 12QE1 al 12QE999999 Vigencia: 18 MESES

HAGO CONSTAR QUE HE RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS VENDIDAS Firma C.C Y Sello

Factura generada por software SIESA de SISTEMAS DE INFORMACION EMPRESARIAL SA. Nit 890.319.193-3 Siesa e-Invoicing Nit 890.319.193-3.

Firma digital: i3Sj83rk05RUXKsYffQ3KE0XYRI1TkP9OLU3ktuU0lAF5k1eK0qjt6ffi6ZIMmTtdFdDTENif/PBiGE7SzsN7VYLGyKfUVm+EKmh0MvQrKbynjIeFoDD1Uu9LDGUHzeU3DjtKg218WvV2wxYCcGsxKfjaNgxe0qo3j2Mo
QEXXVG2foRRoJ7bno0860RxgI4vX1bCAQEHbMt5U9aMgDZoTs2reEsbb4C0fJybZaBE75NWTTMd+9CW3Nfn2oLDPSjaSnMisZD6KUAxFbhCPRL39xkLUu1r01lnxdYzc1Hy4aeO



SUPERTIENDAS CAÑAVERAL S.A.S.
NIT: 805.028.041-4 Respons. De IVA
Dir: CL 28 No. 24 76  Palmira
Tel: 4850175 Ext: 401

**REIMPRESION**
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: 17FA40

TPV       : TPV001SP017
Cajero    : HOYOS CHAPUESGAL LEIDY LIBER
Fecha     : 2023/5/16 Hora: 08:36:38
Consec. # : V17-40
Vendedor :  HOYOS CHAPUESGAL LEIDY LIBER
Condicion de Pago:Contado
Cliente  : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIA
Nit/C.C. : 800107454
Direccion: CL 37 25 36
Telefono : 3136136803

| Descripcion de Item / Referencia | Cant. | U.M | V/r Uni. | Total |
|---|---|---|---|---|
| PLATANO A GRANEL 005585 | 5.05 | kg | 4,879 | 24,668 |
| CILANTRO*80g 089157 | 7.00 | un | 750 | 5,250 |
| T O T A L ..... | | | | $29,918 |

---------[ DETALLE DE VALORES ]---------

| | | |
|---|---|---|
| Vta Excluida ..... | 29,918 | + |

-----------[ MEDIOS DE PAGO ]-----------

| | |
|---|---|
| 10-Efectivo | $50,000 |
| CAMBIO | $20,082 |

AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION
No. 18764048083671
Numeracion: AUTORIZADA
Rango desde :1 hasta 50000000
Vigencia: desde 2023/04/26
          hasta 2024/10/26 - 18  MESES

GRANDES CONTRIBUYENTES
RESOL. 012220 DE 2022/12/26

ESPERAMOS SU PRONTA VISITA

ESTIMADO CLIENTE CONSERVE SU
TIQUETE PARA POSIBLES RECLAMOS

Factura generada por software de
Sistemas de InformaciÃ³n Empresarial S.
NIT: 890.319.193-3
Siesa e-Invoicing

**CUFE:** 7fad5bc0f6cdaea21e582e2949e861d0
65b1438efd288b39d546895d3d009087
5c9a8a19717141f172b08a24314a7719

**Fecha de aceptación:** 2023-05-16 08:37:39-05:00



# MARIA CAROLINA CALERO

*DISTRIBUIDORA DE HUEVOS C&C*

CALLE 24 # 32 - 21
PALMIRA - VALLE
CELULAR 314 644 88 03
mcarolinacalero@hotmail.com

NIT 29685492-5
Régimen Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Resolución DIAN N° 18764049100459
Fecha 16/05/2023 - 16/11/2023
Autorización de Facturación Electrónica del MACA-144 al MACA-1000
NO SOMOS RESPONSABLES DEL IMPUESTO A LA VENTA

| Departamento | Fecha | | |
|---|---|---|---|
| Valle del Cauca | 18 | 05 | 2023 |

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**

**N° MACA - 145**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Cliente:** | CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA | **NIT:** | 800107454-3 | **Fecha de firmado:** | 18/05/2023 11:26:48 |
| **Dirección:** | CL 372536 BRR OBRERO | **Departamento:** | Valle del Cauca | **Teléfono:** | 3136136803 |
| **Email:** | centrodebienestardelancianopalmira@live.com | **Forma de Pago:** | Contado | **Medio de pago:** | Efectivo |
| **Vencimiento:** | Mayo 18 del 2023 | **Hora emisión:** | 11:26:45 | **Moneda:** | COP Colombia, Pesos |
| **Total de Lineas:** 2 | | | | | |

| # | CÓDIGO | CANT | DESCRIPCIÓN | UNIDAD MEDIDA | VR UNIT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1001 | 4,00 | HUEVO ROJO AAA | C62 | $17.200,00 | $68.800,00 |
| 2 | 1002 | 10,00 | HUEVO ROJO AA | C62 | $15.700,00 | $157.000,00 |

**SON**: (DOSCIENTOS VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS )
**CUFE**: 572e867088f47d847e2b7c95d266375a3141bfd6984674f42ad7907aadc164b97b8294f74fe650855b6d7a796bfffa04

**NOTAS**:

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | $225.800,00 |
| **TOTAL:** | $225.800,00 |

**Firma Digital:** W16MAri08fF+F9Kaa43+NDvaUNCFiLNVAuD6/DSatG7KvStE/Ya6AgE+u5I5JthZ DmXeI6UsMDEjeknCuWxUXwFzjt6tX0i6zoes5+sEfRteb423Q3 ecs0gEGrK7G94j iJxXNZbyL12O0ZruFGmq638AEONAw6OLq2uySWqiyHGr9helu+hOPq6bbm6w3IeM 779NAdo8R7hak1O7gc3zwR6dJlZt/0CMECP moPCpIT87gjh6cMOpSk3F7JMxQpSY kFrF7NLLqYkDfjlCgfFuEXCjU9WzxAECLVOLS9iIBTNT/YePWXD/Ik6rbfAx2KE9 uYQ/pNv7xUQPPZFJYLdy Hw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena.



SUPERTIENDAS CAÑAVERAL S.A.S.
NIT: 805.028.041-4 Respons. De IVA
Dir: CL 28 No. 24 76  Palmira
Tel: 4850175 Ext: 401

**REIMPRESION**
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: 15FA67

TPV      : TPV001SP015
Cajero   : GALLEGO ARANGO BRYAN ESTEBAN
Fecha    : 2023/5/18 Hora: 10:00:47
Consec. # : V15-67
Vendedor :  GALLEGO ARANGO BRYAN ESTEBAN
Condicion de Pago:Contado
Cliente  : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIA
Nit/C.C. : 800107454
Direccion: CL 37 25 36
Telefono : 3136136803

| Descripcion de Item<br>Referencia | Cant. | U.M | V/r Uni. | Total |
|---|---|---|---|---|
| HARINA DE PAN SUSANITA*1000g<br>069857 | 1.00 | un | 9,150 | 9,150* |
| PIERNA CORRIENTE*kg CERDO<br>007763 | 3.54 | kg | 19,800 | 70,191**D |
| PINA ORO MIEL A GRANEL<br>027455 | 3.26 | kg | 3,100 | 10,106 |
| PINA ORO MIEL A GRANEL<br>027455 | 1.59 | kg | 3,100 | 4,945 |
| SALCHICHA BERNA*640g HOT DOG CLASICA<br>084820 | 1.00 | un | 16,350 | 16,350* |
| SALCHICHA BERNA*640g HOT DOG CLASICA<br>084820 | 1.00 | un | 16,350 | 16,350* |
| SALCHICHA BERNA*640g HOT DOG CLASICA<br>084820 | 1.00 | un | 16,350 | 16,350* |

T O T A L .....  $143,442

---------[ DETALLE DE VALORES ]---------

| | | |
|---|---|---|
| Vta Gravada (*)..... | 48,907 | + |
| Vta Exenta (**)..... | 77,990 | + |
| Vta Excluida  ..... | 85,242 | + |
| Dscto Lista (D)..... | 7,799 | - |
| Impuestos ..... | 9,293 | + |

-------[ INFORMACION TRIBUTARIA ]-------

| Descripcion | % | Vlr_Base | Vlr_Impto. |
|---|---|---|---|
| IVA del 19% | 19.00 | 48,907 | 9,293 |

-----------[ MEDIOS DE PAGO ]-----------

| | |
|---|---|
| 10-Efectivo | $150,000 |
| CAMBIO | $6,558 |

AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION
No. 18764048083671
Numeracion: AUTORIZADA
Rango desde :1 hasta 50000000
Vigencia: desde 2023/04/26
          hasta 2024/10/26 - 18  MESES

GRANDES CONTRIBUYENTES
RESOL. 012220 DE 2022/12/26

ESPERAMOS SU PRONTA VISITA

ESTIMADO CLIENTE CONSERVE SU
TIQUETE PARA POSIBLES RECLAMOS

Factura generada por software de
Sistemas de InformaciÃ³n Empresarial S.
NIT: 890.319.193-3
Siesa e-Invoicing

**CUFE:** 0b6692c02cacb7fbdd6deda1ca111837
370e759749d76f28edefd8d9bbab0723
54fa7d9c247b11202a02e38e8c478b8a
**Fecha de aceptación:** 2023-05-18 10:01:08-05:00



SUPERTIENDAS CAÑAVERAL S.A.S.
NIT: 805.028.041-4 Respons. De IVA
Dir: CR 32 No. 20 27  Palmira
Tel: 4850175 Ext: 325

**REIMPRESION**
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: 27FB693

TPV      : TPV002SP027
Cajero   : ARANZAZU CEBALLOS ANGELA PATR
Fecha    : 2023/5/20 Hora: 17:15:49
Consec. # : V27-693
Vendedor :  ARANZAZU CEBALLOS ANGELA PAT
Condicion de Pago:Contado
Cliente  : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIA
Nit/C.C. : 800107454
Direccion: CL 37 25 36
Telefono : 3136136803

| Descripcion de Item<br>Referencia | Cant. | U.M | V/r Uni. | Total |
|---|---|---|---|---|
| PAN BIMBO*360g*4und ARTESANO HAMBURGUESA<br>092941 | 1.00 | un | 7,550 | 7,550 |
| PAN BIMBO*360g*4und ARTESANO HAMBURGUESA<br>092941 | 1.00 | un | 7,550 | 7,550 |
| PAPAS PRIMAVERA*380g PICADA SUPER<br>024989 | 1.00 | un | 17,650 | 17,650* |
| CUCAS LA GITANA*72g*2und BLANCA<br>037432 | 1.00 | un | 1,100 | 1,100* |
| CUCAS LA GITANA*72g*2und BLANCA<br>037432 | 1.00 | un | 1,100 | 1,100* |
| CUCAS LA GITANA*72g*2und BLANCA<br>037432 | 1.00 | un | 1,100 | 1,100* |
| TORTILLA BIMBO*42.5g*10und FAJITAS T/L<br>081813 | 1.00 | un | 9,950 | 9,950* |
| HAMBURGUESA ZENU*400g RES PREASADA<br>082708 | 1.00 | un | 17,150 | 17,150* |
| HAMBURGUESA ZENU*400g RES PREASADA<br>082708 | 1.00 | un | 17,150 | 17,150* |
| LECHUGA BATAVIA*und<br>070300 | 1.00 | un | 1,950 | 1,950 |
| QUESO COLANTA*200g FUNDIDO UNTABLE<br>070677 | 1.00 | un | 8,300 | 8,300* |
| CEBOLLA CABEZONA BLANCA S/PELAR A GRANEL<br>007469 | 0.37 | kg | 1,981 | 733 |
| FRESA*500g BANDEJA EXTRA<br>102951 | 1.00 | un | 5,800 | 5,800 |
| SALCHICHA RICA*500g LLANERA<br>054021 | 1.00 | un | 14,950 | 14,950* |
| SALCHICHA RICA*500g LLANERA<br>054021 | 1.00 | un | 14,950 | 14,950* |
| BEBIDA PONY MALTA*1500ml MALTA PET<br>101046 | 1.00 | un | 5,100 | 5,100* |
| SALCHICHON ZENU*500g BROST<br>001401 | 1.00 | un | 9,550 | 9,550* |
| YOGURT TAPIOKA*1750g MORA<br>036102 | 1.00 | un | 23,200 | 23,200* |
| QUESO LA FLORIDA*600g D/CREMA TAJADO<br>074126 | 1.00 | un | 19,050 | 19,050 |
| BEBIDA SAVILOE*420ml*6un ALOE VERA P.E.<br>120519 | 1.00 | un | 17,400 | 17,400* |
| BEBIDA SAVILOE*420ml*6un ALOE VERA P.E.<br>120519 | 1.00 | un | 17,400 | 17,400* |
| LECHE SAN FDO*1100ml*6u S/BAJ/GR UHT BOL<br>069942 | 1.00 | un | 27,200 | 27,200** |
| LECHE SAN FDO*1100ml*6u S/BAJ/GR UHT BOL<br>069942 | 1.00 | un | 27,200 | 27,200** |
| LECHE SAN FDO*1100ml*6u S/BAJ/GR UHT BOL<br>069942 | 1.00 | un | 27,200 | 27,200** |
| LECHE SAN FDO*1100ml*6u S/BAJ/GR UHT BOL<br>069942 | 1.00 | un | 27,200 | 27,200** |

T O T A L .....  $327,483

---------[ DETALLE DE VALORES ]---------

| | | |
|---|---|---|
| Vta Gravada (*)..... | 149,011 | + |
| Vta Exenta (**)..... | 108,800 | + |
| Vta Excluida  ..... | 151,433 | + |
| Impuestos ..... | 27,039 | + |

-------[ INFORMACION TRIBUTARIA ]-------

| Descripcion | % | Vlr_Base | Vlr_Impto. |
|---|---|---|---|
| IVA del 5% | 5.00 | 9,095 | 455 |
| IVA del 19% | 19.00 | 139,916 | 26,584 |

-----------[ MEDIOS DE PAGO ]-----------
49-Tarjeta Dbito  $327,483

AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION
No. 18764047772423
Numeracion: AUTORIZADA
Rango desde :1 hasta 50000000
Vigencia: desde 2023/04/20
          hasta 2024/10/20 - 18  MESES

GRANDES CONTRIBUYENTES
RESOL. 012220 DE 2022/12/26

ESPERAMOS SU PRONTA VISITA

ESTIMADO CLIENTE CONSERVE SU
TIQUETE PARA POSIBLES RECLAMOS

Factura generada por software de
Sistemas de InformaciÃ³n Empresarial S.
NIT: 890.319.193-3
Siesa e-Invoicing

**CUFE:** 3d8234430ac52e19d2a44e9e797b859e
cc666185c160716662c36537230852af
015113970d8a3824a1c2a7337a9edcf5
**Fecha de aceptación:** 2023-05-20 17:16:15-05:00



SUPERTIENDAS CAÑAVERAL S.A.S.
NIT: 805.028.041-4 Respons. De IVA
Dir: CL 28 No. 24 76  Palmira
Tel: 4850175 Ext: 401

**REIMPRESION**
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: 25FA128

TPV      : TPV001MY025
Cajero   : MALDONADO NIEVES JOSE ALEJAND
Fecha    : 2023/5/23 Hora: 15:00:53
Consec. # : V25-128
Vendedor :  MALDONADO NIEVES JOSE ALEJAN
Condicion de Pago:Contado
Cliente  : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIA
Nit/C.C. : 800107454
Direccion: CL 37 25 36
Telefono : 3136136803

| Descripcion de Item<br>Referencia | Cant. | U.M | V/r Uni. | Total |
|---|---|---|---|---|
| ATUN DONA LUPE*170g LOMITOS AGUA<br>086102 | 16.00 | un | 6,256 | 100,104*D |
| FRIJOL LUPE*500g CALIMA<br>007797 | 25.00 | un | 5,950 | 148,750 |
| PANELA DONA LUPE*500g REDON<br>047939 | 48.00 | un | 2,350 | 112,800D |

T O T A L ..... $361,654

---------[ DETALLE DE VALORES ]---------
Vta Gravada (*)....... 84,121 +
Vta Excluida ....... 261,550 +
Dscto Lista (D)....... 9,802 -
Impuestos ..... 15,983 +

-------[ INFORMACION TRIBUTARIA ]-------

| Descripcion | % | Vlr_Base | Vlr_Impto. |
|---|---|---|---|
| IVA del 19% | 19.00 | 84,121 | 15,983 |

-----------[ MEDIOS DE PAGO ]-----------
10-Efectivo $400,000
CAMBIO $38,346

AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION
No. 18764048083671
Numeracion: AUTORIZADA
Rango desde :1 hasta 50000000
Vigencia: desde 2023/04/26
hasta 2024/10/26 - 18  MESES

GRANDES CONTRIBUYENTES
RESOL. 012220 DE 2022/12/26

ESPERAMOS SU PRONTA VISITA

ESTIMADO CLIENTE CONSERVE SU
TIQUETE PARA POSIBLES RECLAMOS

Factura generada por software de
Sistemas de InformaciÃ³n Empresarial S.
NIT: 890.319.193-3
Siesa e-Invoicing

**CUFE:** ec6d931a3658369b6d31e6c521ef04dc
794283c8b0b1b4994e390f5739dc6ff7
972f4b667bb16afef29bd9fe0b1a63fc

**Fecha de aceptación:** 2023-05-23 15:01:24-05:00

# LEIDY VIVIANA LOZANO PEREZ

*POLLOS DE LA BUITRERA*

CRA 26 26 07 Palmira - Valle del Cauca
E-MAIL: nanita_2618@hotmail.com
Recepción facturación electrónica: LVLPFE@gmail.com
PEDIDOS AL TELÉFONO: 3188621627

NIT 1113635625-1
Régimen Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Resolución DIAN N° 18764044202943
Fecha 09/02/2023 - 09/08/2023
Autorización de Facturación Electrónica del FELV828 al FELV5000
SOMOS RESPONSABLES DEL IMPUESTOS A LAS VENTAS
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE RENTA

| Departamento | Fecha | | |
|---|---|---|---|
| Valle del Cauca | 30 | 05 | 2023 |

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**

**N° FELV899**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Cliente:** | CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA | **NIT:** | 800107454 | **Fecha de firmado:** | 30/05/2023 10:32:47 |
| **Dirección:** | CL 37 25 36 | **Departamento:** | Valle del Cauca | **Teléfono:** | 3136136803 |
| **Email:** | centrodebienestardelancianopalmira@live.com | **Forma de Pago:** | Contado | **Medio de pago:** | Acuerdo mutuo |
| **Vencimiento:** | Mayo 30 del 2023 | **Hora emisión:** | 10:32:45 | **Moneda:** | COP Colombia, Pesos |
| **Fecha de pago:** | 30/05/2023 | | | | |
| **Total de Lineas:** | 1 | | | | |

| # | CÓDIGO | CANT | DESCRIPCIÓN | UNIDAD MEDIDA | VR UNIT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 520,00 | POLLO CON VISCERA - CANAL | KGM | $9.600,00 | $4.992.000,00 |

**SON**: (CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS )
**CUFE**: ea7ed3a34b0995b4cd94e9da6af70e8e6368223d6a10e5f8139ed83aed997d8472bc105027cdc837115b5e3645409934

**NOTAS**:

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | $4.992.000,00 |
| **TOTAL:** | $4.992.000,00 |
| **RETERENTA:** | $74.880,00 |
| **NETO FACTURA:** | $4.917.120,00 |

| IMPUESTO | BASE | TARIFA | IMPORTE |
|---|---|---|---|
| **RETENCIONES** | | | |
| 06 ReteRenta | $4.992.000,00 | 1.5% | $74.880,00 |

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA CORRIENTE BANCOLOMBIA No. 760-641704-67

**Firma Digital:** QXZ4lZdeb3Jek8pqnsAaqcgOv/7aewKTOEC7y40wej9BOnnxdFXJZenUUnoLFP/S
BscP0O1j2qw+9rymg75pxwTC8mjJ49nNEXXM/XQHhwNn63V8mZ
9V96j3wSGDjQfg +1+u9l0fjm97jDu2HASi1G3MoyliG+2DziurThUDMBuInpxAV874ti8oG4ZTydLi LTyoUT3Vk3gUwMxE4flhSlv28rGaKKtruPb
lrZpGjRf6aAgMjgvmOZhllyd79sS/ ws/2EWfFF6Av8ifUw1xNWP+QZ8wmnv6kJKUKm6tuJr3jy6PlQGoLGbhVEPMJ3s4y AEyiywQlP73OlygApJqq
Ag==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena.



SUPERTIENDAS CAÑAVERAL S.A.S.
NIT: 805.028.041-4 Respons. De IVA
Dir: CL 28 No. 24 76  Palmira
Tel: 4850175 Ext: 401

**REIMPRESION**
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: 19FA195

TPV      : TPV001SP019
Cajero   : CAICEDO SUAREZ GERLESSA
Fecha    : 2023/5/30 Hora: 08:28:41
Consec. # : V19-195
Vendedor :  CAICEDO SUAREZ GERLESSA
Condicion de Pago:Contado
Cliente  : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIA
Nit/C.C. : 800107454
Direccion: CL 37 25 36
Telefono : 3136136803

| Descripcion de Item<br>Referencia | Cant. | U.M | V/r Uni. | Total |
|---|---|---|---|---|
| SALCHICHA BERNA*460g AHUMADA<br>055276 | 1.00 | un | 10,600 | 10,600* |
| SALCHICHA BERNA*460g AHUMADA<br>055276 | 1.00 | un | 10,600 | 10,600* |
| SALCHICHA BERNA*460g AHUMADA<br>055276 | 1.00 | un | 10,600 | 10,600* |
| SALCHICHA BERNA*460g AHUMADA<br>055276 | 1.00 | un | 10,600 | 10,600* |
| SALCHICHA BERNA*460g AHUMADA<br>055276 | 1.00 | un | 10,600 | 10,600* |
| SALCHICHA BERNA*460g AHUMADA<br>055276 | 1.00 | un | 10,600 | 10,600* |
| SALSA FRUCO*1000g TOMATE D/P<br>054527 | 1.00 | un | 14,750 | 14,750* |

T O T A L .....  $78,350

---------[ DETALLE DE VALORES ]---------
Vta Gravada (*).....  65,840  +
Impuestos .....  12,510  +

-------[ INFORMACION TRIBUTARIA ]-------

| Descripcion | % | Vlr_Base | Vlr_Impto. |
|---|---|---|---|
| IVA del 19% | 19.00 | 65,840 | 12,510 |

-----------[ MEDIOS DE PAGO ]-----------
10-Efectivo  $100,000
CAMBIO  $21,650

AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION
No. 18764048083671
Numeracion: AUTORIZADA
Rango desde :1 hasta 50000000
Vigencia: desde 2023/04/26
hasta 2024/10/26 - 18  MESES

GRANDES CONTRIBUYENTES
RESOL. 012220 DE 2022/12/26

ESPERAMOS SU PRONTA VISITA

ESTIMADO CLIENTE CONSERVE SU
TIQUETE PARA POSIBLES RECLAMOS

Factura generada por software de
Sistemas de InformaciÃ³n Empresarial S.
NIT: 890.319.193-3
Siesa e-Invoicing

**CUFE:** 8db315a3a5755d3a0c4cac154e802bcc
129fdc6950ae75805528f74712271066
138dfe52d93e3feb92d76ae110f141c0

**Fecha de aceptación:** 2023-05-30 08:29:08-05:00



Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

# FACTURAS DE ASEO

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 282 9954 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

# D1 S.A.S

**NIT: 900276962-1**

**Somos Grandes Contribuyentes**

**Somos Retenedores de IVA de acuerdo a la resolucion No.09061 del 10 de diciembre de 2020**

**Carrera 19 # 37  33**

**DOMICILIO PRINCIPAL. Carrera 7 #155C - 30 Ed. North Point Torre E Pisos 37 y 38**

**TIENDAS D1**

**CALIDAD ALTA A PRECIOS MUY BAJOS**

| CODIGO | DESCRIPCION | CANTIDAD | PR. BASE | |
|---|---|---|---|---|
| 12002695 | BLANQUEADOR EN GEL B | 2 | 9,227 | A |
| 12000089 | BLANQUEADOR BRILLA K | 1 | 2,647 | A |
| 12000129 | ROPA COLOR BONAROPA | 2 | 4,706 | A |
| 12000427 | DETERGENTE ROPA DELI | 2 | 8,387 | A |
| 12000248 | DETERGENTE 0XIGENO A | 1 | 15,958 | A |
| 12000245 | LECHE DESLAC TETRA P | 2 | 7,380 | 5 |
| 12003417 | AGUA CON GAS LIMONAD | 3 | 3,151 | A |
| 12004370 | ATUN EN AGUA CARLO F | 2 | 9,731 | A |
| 12000305 | MAYONESA BAJA EN GRA | 1 | 2,933 | A |
| 12000635 | ROSQUILLAS CALENAS X | 1 | 7,610 | C |
| 12000162 | BOLSA PLASTICA GENER | 1 | 109 | A |

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | 71,838 |
| **TOTAL IVA** | 11,181 |
| **TOTAL OTROS IMP** | 60 |
| **TOTAL NETO** | 83,080 |
| **AJUSTE PARA VUELTAS EXACTAS** | -30 |
| **TOTAL** | 83,050 |
| **EFECTIVO** | 100,000 |
| **CONTADO** | |
| **CAMBIO** | 16,950 |

## RESUMEN DE IMPUESTOS

| TARIFA | TOTAL | BASE | IVA |
|---|---|---|---|
| 5=EXEN | 7,380 | 7,380 | 0 |
| A=19% | 67,650 | 56,849 | 10,801 |
| C=5% | 7,990 | 7,610 | 380 |
| | | 71,839 | 11,181 |
| IMP. CONS BOLSAS P. | | | 60 |

**CLIENTE:** CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO

**NIT/CC:** 800107454

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.A6W6168  VIGENTE HASTA 2023-09-30

RESOLUCIÓN DE FACTURACIÓN No 18764027272107 del 2022-03-31 HABILITA A6W6 DESDE 1 HASTA -1999999

15/05/23 19:24 1748 3 8563

2023-05-15

OPERADOR TECNOLOGICO: Signature South Consulting Colombia S.A.S.- NIT. 900.508.908

Si necesita nota crédito  sobre esta factura de venta electrónica Ingrese a www.d1.com.co  opción  factura electrónica - nota crédito

Servicio de Atencion al cliente Tiendas D1

atencion.cliente@koba-group.com

TEL: 018000120201

CUFE:

1ae90823500e78d91948f7eb6af38171b8ba17b5584f54440769ae06fac6bafd09119c1672b99092076ef41fe25d13a7

REPRESENTACION GRAFICA DE LA FACTURA ELECTRONICA




**LUZ CENIDE CARREJO MENDOZA**

NIT: 31891333-2

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CL 282628, Palmira, Valle Del Cauca, Colombia

Tel. 3176367878

Email. plastiempaquespalmira@gmail.com

Autorización factura electr??nica de venta No. 18764042459815 válida desde 2023-01-04 hasta 2023-07-04 rango desde FELC-439 hasta FELC-1000.

NO RESPONSABLE DE IVA

ROLLOS-BOLSAS DE POLIETILENO Y POLIPROPILENO-BOLSA RAYADA-PLASTICOS ANCHOS -BOLSA PARA VIVEROS-BOLSAS PARA BOUTIQUE-TARROS-FRASCOS Y DESECHABLES EN GENERAL TODO EN MOLDES PARA REPOSTERIA

**Cliente:** CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA
**NIT:** 800107454-3
**Dirección:** CALLE 37 25 36 BRR OBRERO, Palmira, Valle Del Cauca, Colombia
**Teléfono:** 3117296509
**Email:** centrodebienestardelancianopalmira@live.com

**Tipo de negociación:** Contado
**Medio de Pago:** Efectivo
**Fecha de Pago:** 16/05/2023
**Total de Lineas:** 3

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** **FELC - 758**
**MONEDA:** **COP Colombia, Pesos**
**HORA EMISIÓN:** **14:48:31**
**FECHA FIRMADO:** **16/05/2023 14:48:33**

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 16 | 05 | 2023 | 16 | 05 | 2023 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U. MEDIDA | CANTIDAD | PRECIO U. | IVA | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 18923100-6 | BOLSAS 90X130 NEGRA GRUESA | NIU | 4,00 | $10.000,00 | | 0,00 | $40.000,00 |
| 2 | 39222110-8 | DESECHABLES GORRO URUGABLANCO X 100 | NIU | 2,00 | $20.000,00 | | 0,00 | $40.000,00 |
| 3 | 18923100-6 | BOLSAS 65X90 KILO NEGRA | NIU | 1,00 | $8.000,00 | | 0,00 | $8.000,00 |

**Notas**:

**SON**: (ochenta y ocho mil pesos )
**CUFE**: d1d6069917e70a4898fd2c7b2536e8667096a1cd034ca0e4a3638782a42c5ca2698ea17c03f2d5a59972339a7d87cc53

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $88.000,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $88.000,00 |

**Firma Digital:** DeoQGTuqW4RIM5pshMRPStsrlkcla0XZ+kpjpCtPlwXTluHVRdKX5bCO+g/lnAH0 rdnR/XXFE0kbwypwTXBDWS8Oq/uXDR79QtawFz2Zq9nN9x59+I MDpG4er4+OXaVY l1KrZ7xk09VLLUqrc7WUmr9/GQRbOEhbGN1nOdXaLmelUioXcdRial9G6SxwuuPQ X9cfEpvTHuGt4h4y2Fn/J38WL8j4KYLI5ig uJe7C/sKjods5HUsJ/gDFpTrv3cz/ 8qvDgz7Er3o3/2hQtRydu03laBkcKqRvRn4vax3Mnqm2BHKn3T1Qvt6OgA9ii24d 0aW7QVV7s7cKlg/i5lMl WA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena.

**PEDRO PABLO HENAO JARAMILLO**
NIT: 16252139-4
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Persona Natural
Calle 29 # 28 - 24 Palmira , Palmira, VALLE, Colombia
Tel. 3188196231
Email. tiendaaseo29@hotmail.com
Autorización factura electr??nica de venta No. 18764041875583 válida desde 2022-12-24 hasta 2023-06-24 rango desde FEPH10001 hasta FEPH20000.

**Cliente:** CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO D
**NIT:** 800107454
**Dirección:** CLL 37 25 36 BRR OBRERO, Palmira, Valle Del Cauca, Colombia
**Teléfono:** 3136136803
**Email:** centrodebienestardelancianopalmira@live.com

**Tipo de negociación:** Contado
**Medio de Pago:** Efectivo
**Total de Lineas:** 1

| | |
|---|---|
| **FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** | **FEPH13136** |
| **MONEDA:** | **COP Colombia, Pesos** |
| **HORA EMISIÓN:** | **00:31:00** |
| **FECHA FIRMADO:** | **17/05/2023 16:24:47** |

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 17 | 05 | 2023 | -- | -- | -- |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U. MEDIDA | CANTIDAD | PRECIO U. | IVA | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 062163 | T-COC FLIA MEGA *120HJS DECORADA | 94 | 6,00 | $8.781,512605 | 19,00 | 0,00 | $52.689,07563 |

**Notas**:
VENDEDOR: VENDEDOR LONDONO MARIN LEIDY JHOANA -- PLACA: -- REMISION: 013243 --

**SON**: (sesenta y dos mil setecientos pesos )
**CUFE**: f7dcc859a6c0e3830c7ce19633b613c3921d5832a194d1e82536420ca4b9a3ad3f3d214f617e7b44a731de405ffedbf3

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $52.689,08 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **IVA:** | $10.010,92 |
| **Total:** | $62.700,00 |

| IMPUESTO | BASE | TARIFA | IMPORTE |
|---|---|---|---|
| **IMPUESTOS** | | | |
| 01 IVA | $52.689,08 | 19,00% | $10.010,92 |

**Firma Digital:** lOy319kpV/ZmU9UHZ6GA0d2Q1lwLE1Uizl2xx/YuYZzGt6P7WLo1GgF1+q/DkriM 9k1YkU3p1aYO7WvY/MjQdYgS8UF6a7cgO1tfml7rib7o5NZVqf q1ynPBa9cdrdM+ m3Al7s3oK274wWBpzAxO3tBUllaCaol/l7F3utEUx1x03vSZUek7w+vh4Pp1iMt0 geFp5LWcAvW740r/5sCnahpnCR4mChqKA0N UVxywzGPCWkWE22xryCmwoS/EO8tx KFfIj7mGW+fCxhoYRA9l6/Bffamw6cfnX4Qp3BGkPAcD0srXX41tjpOdDL5azgjA mRqu5E0OAuarK6iF8cXZ Fg==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena.




**LUZ CENIDE CARREJO MENDOZA**

NIT: 31891333-2

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CL 282628, Palmira, Valle Del Cauca, Colombia

Tel. 3176367878

Email. plastiempaquespalmira@gmail.com

Autorización factura electr??nica de venta No. 18764042459815 válida desde 2023-01-04 hasta 2023-07-04 rango desde FELC-439 hasta FELC-1000.

NO RESPONSABLE DE IVA

ROLLOS-BOLSAS DE POLIETILENO Y POLIPROPILENO-BOLSA RAYADA-PLASTICOS ANCHOS -BOLSA PARA VIVEROS-BOLSAS PARA BOUTIQUE-TARROS-FRASCOS Y DESECHABLES EN GENERAL TODO EN MOLDES PARA REPOSTERIA

| | |
|---|---|
| **Cliente:** | CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA |
| **NIT:** | 800107454-3 |
| **Dirección:** | CALLE 37 25 36 BRR OBRERO, Palmira, Valle Del Cauca, Colombia |
| **Teléfono:** | 3117296509 |
| **Email:** | centrodebienestardelancianopalmira@live.com |

| | |
|---|---|
| **Tipo de negociación:** | Contado |
| **Medio de Pago:** | Efectivo |
| **Fecha de Pago:** | 24/05/2023 |
| **Total de Lineas:** | 1 |

| | |
|---|---|
| **FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** | **FELC - 776** |
| **MONEDA:** | **COP Colombia, Pesos** |
| **HORA EMISIÓN:** | **13:27:33** |
| **FECHA FIRMADO:** | **24/05/2023 13:27:35** |

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 24 | 05 | 2023 | 24 | 05 | 2023 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U. MEDIDA | CANTIDAD | PRECIO U. | IVA | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 18923100-6 | BOLSAS TRANSPARENTES 12 X 18 DELGADA | NIU | 3,00 | $9.000,00 | | 0,00 | $27.000,00 |

**Notas**:

**SON**: (veintisiete mil pesos )
**CUFE**: caef6e7a84c41c32cba103f26da8e3e5337660c1e65e8382b44573d03c565b0095b8f4cc70d3d90b53b48716dfd5a91e

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $27.000,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $27.000,00 |

**Firma Digital:** QxCx4+T1z0wssnd8aGW4O7d6ZOqPhNcwJOP9cVDVx6sNbN2asMzHq14P/CTiNRJo
VOgTxup8lNmaPiG8p/4NAb85Pe58tVMEjQqNND2cnGe+3quQ7H
B6ur8/0cGdlk3i C7SThnPABK2gZ4B840gqcO3LutGDkFzwTXrEktwPM6aGLXy8RUaJ2qpdeUrxY3v+ j9Gq/+TU094tc0JTpALEHkELWylMwB4+e2r
2NRcP4qR/32Ks//o5/nyiO9I2OXHt vmvqhrF8foi/QQWnAjnoGOROZrETTySv9/zYDCYo+C4SHhYboHopsvZ+5yQBBQms ZayFu+H8nfuYeQaxmQAJ
zA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena.



Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

# FACTURAS DE LUDICAS

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 282 9954 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

Marden

## COMERCIALIZADORA MARDEN LTDA.

RESPONSABLE DEL IVA - IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA
No. DE RADICACION 150009117 NIT 800.004.599-1
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
NO SOMOS AUTORETENEDORES

MARDEN TECNOLOGÍA - UBRERÍA Y PAPELERÍA
CARRERA 28 No. 29-60
PBX: 286 87 33
EXT: 101/106/109/110
PALMIRA - VALLE

MARDEN MAYORISTAS
CALLE 41 No. 32A-25
PBX: 286 6733
AA 534 TELEFAX: 286 8733
EXT 203 199
PALMIRA - VALLE

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.**

**AE 32832**

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN 19/05/2023 07:23 PM
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 20/05/2023 08:54 AM

RESOLUCION DIAN No. 18764027094612 DEL 28 DE 03 DE 2022 AUTORIZA DEL AE 15410 AL AE 750000 FECHA VIGENCIA DESDE 28/03/2022 HASTA 28/03/2024

| VENDIDO A: | FECHA DE VENCIMIENTO | | | REMISIÓN | ORDEN DE COMPRA | VENDEDOR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO D | DD | MM | YYYY | 073829 | | 1113676413 |
| CALLE 37 25 36 | CÓDIGO CLIENTE | | | FORMA DE PAGO | MEDIO DE PAGO | PERIODO DE PAGO |
| PALMIRA | 800107454 3 | | | CONTADO | Acuerdo Mutuo | 0 Dias |
| **Total items: 2** TEL: 3136136803 | | | | | | |

| ITEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN | U. MEDIDA | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | DESC % | %GLOB1 | %GLOB2 | IVA% | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 083217 | GLOBO R-12 METALIZADO ROJO CEREZA X | NIU | 1 | 4,034.00 | 0.00 % | 0.00 % | 0.00 % | 19.00 | 4,034.00 |
| 2 | 080583 | GLOBO PASTEL R-12 ROJO X 12 | NIU | 1 | 3,193.00 | 0.00 % | 0.00 % | 0.00 % | 19.00 | 3,193.00 |

| REVISADO POR | No. CAJAS | No. PAQTS | No. ROLLOS | No. RESMAS | TOTAL UNIDADES | VALOR GRAVADO | VALOR NO GRAVADO | DESCUENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 7,227.00 | 0.00 | 0.00 | SUBTOTAL $ | 7,227.00 |
| | | | | | | | | | VALOR IVA $ | 1,373.00 |
| | | | | | | | | | IMPOCONSUMO $ | 0.00 |
| | | | | | | | | | RETEFUENTE $ | 0.00 |
| | | | | | | | | | RETEICA $ | 0.00 |
| | | | | | | | | | RETEIVA $ | 0.00 |
| | | | | | | | | | TOTAL $ | 8,600.00 |

LA PRESENTE FACTURA DE VENTA ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ARTICULO 774 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO
FAVOR GIRAR CON CHEQUE CRUZADO A "COMERCIALIZADORA MARDEN LTDA."
A PARTIR DEL VENCIMIENTO DE ESTA FACTURA SE CAUSARAN LOS INTERESES AL MÁXIMO MENSUAL AUTORIZADO POR LEY SEGÚN ARTICULO 884 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.
CUALQUIER RECLAMO DEBRÁ ACEPTADO SI ES PRESENTADO DENTRO DE LOS DOS (2) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE RECIBO DE LA MERCANCÍA

| VALOR EN LETRAS | OCHO MIL SEISCIENTOS pesos MCTE. |
|---|---|

OBSERVACIONES:
ACUMULACION PPAGO14 CONSECUTIVO 718946

FIRMA Y SELLO

C.C. O NIT | FECHA

Proveedor Tecnológico: siigo Siigo S.A.S. NIT 860.525.148-5 Software 1a7cf0

cufe : b4f9b4c032643c2765877ea6bad66a7ef95754f0642c19bc5e830769c063deafa8b70e92be810ac2a9f23180dd8752bc

-ORIGINAL-



**Centro de Bienestar del Anciano**
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

# FACTURAS DE SALUD

Calle 37 No. 25-36 Telefax: 282 9954 – 313 613 6803
E-mail: centrodebienestardelancianopalmira@live.com
Palmira, Valle del Cauca

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR**

**Representación Gráfica**



Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Datos del documento

**Código único de documento soporte - CUDS:**
eecdad8cc4d3ce38828ce0ec174bcaacda17d37b53aba951c7c2b99d42d30636b6ebf473f823177781405bda2eb8ecc5

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Número documento soporte:** | DSE141 | **Forma de pago:** | Contado |
| **Fecha de generación:** | 01/06/2023 | **Medio de pago:** | Efectivo |
| **Fecha de vencimiento:** | 01/06/2023 | **Orden de compra:** | |
| | | **Fecha de orden de compra:** | |

## Datos del adquiriente

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social:** | CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA | | |
| **NIT del adquiriente:** | 800107454 | **Régimen fiscal:** | R-99-PN No aplica – Otros |
| **Tipo de contribuyente:** | Persona Jurídica y asimiladas | **Responsabilidad tributaria:** | ZZ No aplica |

## Datos del vendedor

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social:** | DIANA LORENA SANCHEZ | | |
| **Tipo de documento:** | NIT | **Procedencia:** | Residente |
| **Número de documento:** | 29678479 | **País:** | Colombia |
| **Tipo de contribuyente:** | Persona Natural y asimiladas | **Departamento:** | Valle del Cauca |
| **Régimen fiscal:** | R-99-PN No aplica – Otros | **Municipio/Ciudad:** | Palmira |
| **Responsabilidad tributaria:** | ZZ No aplica | **Dirección:** | CALLE 37 25 36 |

## Detalles de productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nro.** | **Código** | **Descripción** | **U/M** | **Cantidad** | **Precio unitario** | **Descuento detalle** | **Recargo detalle** | **IVA** | **%** | **Valor de Venta por Item** | **Forma de Generación y Transmisión** | **Fecha de compra** |
| 1 | 001 | Honorarios Profesionales | ZZ | 1,00 | 210.000,00 | 0,00 | 0,00 | | | 210.000,00 | Por operación | 01/06/2023 |

## Descuentos y recargos global

| **Nro.** | **Tipo** | **Código** | **Descripción** | **%** | **Valor** |
|---|---|---|---|---|---|

## Referencias

| **Tipo de documento** | **Número de referencia** | **Fecha referencia** |
|---|---|---|

## Notas finales

**Datos totales**



**Documento validado por la DIAN**
2023-06-01 09:03:22
**Documento generado el:**
2023-06-01 09:03:18
**Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit: 800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | **COP** |
| TASA DE CAMBIO | 1,00 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 210.000,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Subtotal base gravable** | 0,00 |
| Total IVA | 0,00 |
| **Total neto documento (=)** | 210.000,00 |
| Descuento global (-) | 0,00 |
| Recargo global (+) | 0,00 |
| **Total documento (=) COP $** | **210.000,00** |

**Valores informativos**

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rte fuente | 0,00 |
| Rte IVA | 0,00 |

Número de Autorización: 18764033502694 Rango desde: '1' Rango hasta: '1000' vigencia: '12/08/2023'



2M&W SAS
NIT: 900452868-1
CENTRO COMERCIAL UNICO YUMBO
CLL. 15  # 5 - 80
TELEFONO : 322 600 9324
No Somos Grandes Contribuyentes
IVA Regimen Comun - Autoretenedores de CREE
No somos Autoretenedores de Renta E ICA

2M Y W SAS
900452868
Palmira
CL 42 39 - 68

**REIMPRESION**
TPV      : 109TPV01
Cajero   : TORRES RAMIREZ MERLY YURLEY
Fecha    : 2023/5/13 Hora: 11:40:15
FACTURA ELECTRONICA: EUP 330
Vendedor : 1038 PARRA HERNANDEZ YEXY MAR
Condicion de Pago:1
Cliente  : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIA
Nit/C.C. : 800107454
Direccion: CLL 37 25-36 EL OBRERO
Telefono : 3145244454

| Item | Descripcion de Item<br>Referencia | Cant. | U.M | V/r Uni. | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ZUECO REF 080<br>(BLA) - T42<br>0080-00 | 1.00 | PAR | 48,500 | 48,500* |
| 2 | BOLSA PLASTICA INC.<br>B1 | 1.00 | UND | 100 | 100* |
| TOTAL ITEMS..... | | 2 | | | |
| T O T A L ..... | | | | | $48,600 |

---------[ DETALLE DE VALORES ]---------
Vta Gravada (*).....          40,790  +
IVA ..................          7,810  +

-------[ INFORMACION TRIBUTARIA ]-------

| Descripcion | % | Vlr_Base | Vlr_Impto. |
|---|---|---|---|
| IVA 19% BIE | 19.00 | 40,790 | 7,750 |
| IMPUESTO A | 0.00 | 0 | 60 |

10-Efectivo                          $50,000
CAMBIO                                $1,400

AUTORIZACI?N NUMERACI?N DE FACTURACI?N
N?mero: 18764039440286
Numeraci?n: AUTORIZADA
Rango: desde EUP258 hasta EUP5000
Vigencia: desde 2022/11/11
          hasta 2023/11/11 -  12 MESES

Condiciones de Cambio y Garantia
Es indispensable para cualquier cambio o garanti
presentacion de la factura
Nuestros productos cuentan con garantia de 60 di
partir de su compra
Productos de dotacion cuentan con una garantia d
Productos en liquidacion no cuentan con Garantia
Dando cumplimiento al decreto 1377 de 2.013 la
autorizacion del manejo de datos personales bajo
presente se firma como
politica de tratamiento
de la informacion de la empresa 2M&W
NOTA : NO SE HACE DEVOLUCION DE DINERO
****MUCHAS GRACIAS POR SU COMPRA****

Elaborado.  TORRES RAMIREZ MERLY YURL
Factura generada por software de
SISTEMAS DE INFORMACI?N EMPRESARIAL S A
NIT: 890.319.193-3
□p07y

**CUFE:** a2aea0123b06053d48d3c94ef68a44f9
933dfd08f66b68fca2835f8a91bad244
94831124eb77059da31e778c13bafa5e

**Fecha de aceptación:** 2023-05-13 11:44:01-05:00

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : c76d1f4d89ec89199b94d943d8f8341cb9f5967723c7467ded2db5e0187fbfe a2204429d74a5e66208cb3a1582873717

Número de Factura: FEMP-81
Fecha de Emisión: 16/05/2023
Fecha de Vencimiento: 16/05/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

### Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CACHARRERIA LOS MARINILLOS CALI SAS
Nombre Comercial: CACHARRERIA LOS MARINILLOS CALI SAS
Nit del Emisor: 901266118
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4719

País: Colombia
Departamento: Valle del Cauca
Municipio / Ciudad: PALMIRA
Dirección: CL 30 25 22
Teléfono / Móvil: 3148146164
Correo: email@domain.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social:
Tipo de Documento: Cédula de ciudadanía
Número Documento: 800107454
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento:
Municipio / Ciudad: PALMIRA
Dirección: CALLE 34 25*36
Teléfono / Móvil:
Correo: CENTROBIENESTARDELANCIANOPALMIRA@LIVE.COM

### Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 7704561416029 | BANDEJA MULTIUSOS GRANDE | 94 | 2,00 | $ 12.184,87 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 4.630,25 | 19.00 | | | $ 24.369,74 |
| 2 | 7702202280688 | PLATO HONDO MELANINA 17.5*6CM # 1-22 | 94 | 12,00 | $ 2.521,01 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 5.747,90 | 19.00 | | | $ 30.252,12 |
| 3 | 7707286230185 | VASO ARENADO 10 ONZAS | 94 | 12,00 | $ 1.008,40 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 2.299,15 | 19.00 | | | $ 12.100,80 |
| 4 | 7702860111188 | COLADOR # 18 DE LUJO | 94 | 1,00 | $ 6.050,42 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 1.149,58 | 19.00 | | | $ 6.050,42 |
| 5 | M-0407 | LIMPION TOALLA MEDIANO | 94 | 2,00 | $ 3.361,34 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 1.277,31 | 19.00 | | | $ 6.722,68 |
| 6 | 4451012225558 | BALLADOR EN ACERO 9" CABO PLASTICO | 94 | 1,00 | $ 8.403,36 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 1.596,64 | 19.00 | | | $ 8.403,36 |

### Descuentos y Recargos Globales

| Nro. | Tipo | Código | Descripción | % | Valor |
|---|---|---|---|---|---|

### Información Complementaria

| Nro | Nombre Campo | Valor Campo |
|---|---|---|

## Anticipos

| Nro | Valor | Fecha recibido |
|---|---|---|

## Referencias

| Tipo de Documento Referencia | Número Referencia | Fecha Referencia |
|---|---|---|

## Notas Finales

## Datos Totales



**Documento validado por la DIAN 2023-05-16 15:59:23**
**Documento generado el: 2023-05-16 20:54:22**
**Generado por:Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800.197.268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Subtotal** | | | 87.899,12 |
| Descuento detalle | | | 0,00 |
| Recargo detalle | | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | | 87.899,12 |
| IVA | | | 16.700,83 |
| INC | | | 0,00 |
| Bolsas | | | 0,00 |
| Otros impuestos | | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | | 16.700,83 |
| **Total neto factura (=)** | | | 104.600,00 |
| Descuento Global (-) | | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ | 104.600,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** |
|---|
| Anticipos |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764048149523 Rango desde: 1 Rango hasta: 60000 Vigencia: 2024-04-27

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR**

**Representación Gráfica**



Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## Datos del documento

**Código único de documento soporte - CUDS:**
0e1de06d8454d2899de88e5720a53fab64e6e2f1adaf2fcfb6a25d43a0cf06bbbd278549fbcb812e75aa4a3e4440ec5b

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Número documento soporte:** | DSE150 | **Forma de pago:** | Contado |
| **Fecha de generación:** | 01/06/2023 | **Medio de pago:** | Efectivo |
| **Fecha de vencimiento:** | 01/06/2023 | **Orden de compra:** | |
| | | **Fecha de orden de compra:** | |

## Datos del adquiriente

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social:** | CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA | | |
| **NIT del adquiriente:** | 800107454 | **Régimen fiscal:** | R-99-PN No aplica – Otros |
| **Tipo de contribuyente:** | Persona Jurídica y asimiladas | **Responsabilidad tributaria:** | ZZ No aplica |

## Datos del vendedor

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social:** | DIANA LORENA SANCHEZ | | |
| **Tipo de documento:** | NIT | **Procedencia:** | Residente |
| **Número de documento:** | 29678479 | **País:** | Colombia |
| **Tipo de contribuyente:** | Persona Natural y asimiladas | **Departamento:** | Valle del Cauca |
| **Régimen fiscal:** | R-99-PN No aplica – Otros | **Municipio/Ciudad:** | Palmira |
| **Responsabilidad tributaria:** | ZZ No aplica | **Dirección:** | CALLE 37 25 36 |

## Detalles de productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nro.** | **Código** | **Descripción** | **U/M** | **Cantidad** | **Precio unitario** | **Descuento detalle** | **Recargo detalle** | **IVA** | **%** | **Valor de Venta por Item** | **Forma de Generación y Transmisión** | **Fecha de compra** |
| 1 | 001 | Honorarios Profesionales | ZZ | 1,00 | 210.000,00 | 0,00 | 0,00 | | | 210.000,00 | Por operación | 01/06/2023 |

## Descuentos y recargos global

| Nro. | Tipo | Código | Descripción | % | Valor |
|---|---|---|---|---|---|

## Referencias

| Tipo de documento | Número de referencia | Fecha referencia |
|---|---|---|

## Notas finales

**Datos totales**



**Documento validado por la DIAN**
2023-06-01 09:21:45
**Documento generado el:**
2023-06-01 09:21:41
**Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit: 800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | **COP** |
| TASA DE CAMBIO | 1,00 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 210.000,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Subtotal base gravable** | 0,00 |
| Total IVA | 0,00 |
| **Total neto documento (=)** | 210.000,00 |
| Descuento global (-) | 0,00 |
| Recargo global (+) | 0,00 |
| **Total documento (=) COP $** | **210.000,00** |

**Valores informativos**

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rte fuente | 0,00 |
| Rte IVA | 0,00 |

Número de Autorización: 18764033502694 Rango desde: '1' Rango hasta: '1000' vigencia: '12/08/2023'

I.P.S. TIAN

¡Para la salud y el trabajo!

TIAN IPS SAS
NIT.: 900293402-9
CR 26 32 124
PALMIRA
Tel: 2746867 Fax: 2870707

**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA**

Numero: F122882
Fecha : 2023-MAY-25 09:45 AM
Pagina: 01 de 01

| | |
|---|---|
| Cliente : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL | Fecha Vcto: 2023-MAY-26 |
| Contacto : | Vendedor : 900293402 TIAN IPS SAS |
| NIT. : 800107454-3 Codigo: 800107454 | Forma Pago: CREDITO UN DIA |
| Direccion : CL 37 25 36 | Medio Pago: |
| Ciudad : PALMIRA | |
| Telefono : 3136136803 Fax : | |

| Item | Descripcion | Cantidad | U.M | MO | Precio_Uni. | Descuento | Valor_Total | Iva% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 900015 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO | 1 | UND | 01 | 27,600.00 | 0.00 | 27,600.00 | 0.00 |

| TOTAL_BRUTO | DSCTO x LINEA | DSCTO_GLOBAL 0.00% | SUB-TOTAL | VALOR_IVA | T O T A L |
|---|---|---|---|---|---|
| 27,600.00 | 0.00 | 0.00 | 27,600.00 | 0.00 | 27,600.00 |

Valor Letras : VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE.

[ D E T A L L E D E V A L O R E S ]

| % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 |
| 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 |
| RTE FUENTE : | 0.00 | RTE IVA: | 0.00 | | | RTE ICA: | 0.00 | | RTE CREE: | 0.00 | |
| IMPOCONSUMO: | 0.00 | | | | | | | | | | |

Observacion:

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORRETENEDORES

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora a la maxima tasa legal permitida
Autorizacion Numeracion De Facturacion 18764042114151 vigente de DIC-28-2022
hasta DIC-28-2023 Numeracion Autorizada F120001 al F140000 Vigencia: 12 MESES

Factura Generada por Software de Sistemas de Informacion Empresarial S.A. NIT 890.319.193-3 (Firma y Sello)

Cufe:d2c3817f54f5f7b7bdcde7329ce456176039f55d92e35ef5e750f869f177b757b2d504a5f4b010ca45cb1f2136bfdf02

Fecha de certificacion: 2023-05-25T09:45:54.

Firma digital: wcc7H/aRkQxDHJGASpQkABrwD2ruCy9wPX6BfP9HSSjp5r9891IWHyHrnwWKmbdIvPTSSoVlNd35lhSeoaSOZsExp3TC2Rxgc0E0ThfvP1H4WGx7Ppw
890T/roDi5fZnw0JtJpMvYB6Aj4gpW6IS09pTdHm0uHmqSRHCPrDBaJ4l0RfCLCq0ukpQj54Tf80EHdCXVZO6OJP5FJiLxcPlB08p6W4apbuFl03KjiWO+e7E5iEU90xa3
O34JNMnwQLxVJZDE7EyZAYMNCYXufDZNnL/1cVO4mBGRmygy3vhsrNr




TIAN IPS SAS
NIT.: 900293402-9
CR 26 32 124
PALMIRA
Tel: 2746867 Fax: 2870707

**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA**

Numero: F122995
Fecha : 2023-MAY-29 10:03 AM
Pagina: 01 de 01

| | |
|---|---|
| Cliente : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL | Fecha Vcto: 2023-MAY-30 |
| Contacto : | Vendedor : 900293402 TIAN IPS SAS |
| NIT. : 800107454-3 Codigo: 800107454 | Forma Pago: CREDITO UN DIA |
| Direccion : CL 37 25 36 | Medio Pago: |
| Ciudad : PALMIRA | |
| Telefono : 3136136803 Fax : | |

| Item | Descripcion | Cantidad | U.M | MO | Precio_Uni. | Descuento | Valor_Total | Iva% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 900019 | COPROLOGICO | 1 | UND | 01 | 10,000.00 | 0.00 | 10,000.00 | 0.00 |
| 900023 | EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] | 1 | UND | 01 | 10,000.00 | 0.00 | 10,000.00 | 0.00 |
| 900014 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | 1 | UND | 01 | 27,600.00 | 0.00 | 27,600.00 | 0.00 |
| 900042 | FROTIS FARINGEO Y/O GARGANTA | 1 | UND | 01 | 10,600.00 | 0.00 | 10,600.00 | 0.00 |

| TOTAL_BRUTO | DSCTO x LINEA | DSCTO_GLOBAL 0.00% | SUB-TOTAL | VALOR_IVA | T O T A L |
|---|---|---|---|---|---|
| 58,200.00 | 0.00 | 0.00 | 58,200.00 | 0.00 | 58,200.00 |

Valor Letras : CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE.

[ D E T A L L E D E V A L O R E S ]

| % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ | % | _____BASE_____ | _VLR_IMPUESTO_ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 |
| 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 | 00 | 0 | 0 |

RTE FUENTE : 0.00 | RTE IVA: 0.00 | RTE ICA: 0.00 | RTE CREE: 0.00
IMPOCONSUMO: 0.00

Observacion:

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORRETENEDORES

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora a la maxima tasa legal permitida
Autorizacion Numeracion De Facturacion 18764042114151 vigente de DIC-28-2022
hasta DIC-28-2023 Numeracion Autorizada F120001 al F140000 Vigencia: 12 MESES

Factura Generada por Software de Sistemas de Informacion Empresarial S.A. NIT 890.319.193-3

(Firma y Sello)

Cufe:09b15b8b8d5718ea422e3939f3624f4621a1184bf9530db1bac4dc4c48b7347376295fa4587ae6796e237505b418959a
Fecha de certificacion: 2023-05-29T10:03:05.

Firma digital: QH6iHfSDDRSoPjaOsEb6ds2obkLiMP3O9dUf2QhZ2RUCWi2ZXVJLnhPTxsrV0C1twtJr36vFssFiDGJG8T7TG6KbKIvdWAQ3nGKCA74Y42EkJtVbY28
IWF6FH9CKllK74Zgq/vIHNlE9+tvMBuu6cEGKrxX1qQX/T+JhSlwg6UJZgfoAl6JuOnRyFqNcGqJY0L4TvOj0dHv39Z7toHSYkWHlv9eAjU2iNnZn/MlcZNM8o3yxvGo1v
eMtBAvCYzu51Bwttke1zV6Sk5DysAlMDvq+BbDpTnNbiGlgPG5eu/lN

República de Colombia

# Municipio de Palmira

**NIT 8913800073**

**UNIDAD DE TESORERIA**

## Comprobante egreso No. 6404

Fecha 22/06/2023

Señor(es) CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA

C.C o Nit 800107454

Teléfonos 5722873911

Dirección CL 37 25 36

Girado a : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA

Orden pago No. : 6291

Por concepto de : PAGO

Observaciones :

Banco : 23 BANCO OCCIDENTE

Cuenta: 038-94790-9 CONV. INTERADD. 110377232 GOBERNACION Y MP EST. ADULT

Cheque No. :

Fecha cheque 22/06/23

La suma de : 23.472.951,92

Son : Veintitres Millones Cuatrocientos Setenta Y Dos Mil Novecientos Cincuenta Y Un Pesos Con Noventa Y Dos Centavos M/Cte.

**RETENCIONES EFECTUADAS**

| Impuesto | Base | % | Valor |
|---|---|---|---|
| ESTAMPILLA PROCULTURA | 25.794.454,00 | 1,00 | 257.945,00 |
| RETEN. FUENTE POR ICA | 25.794.454,00 | 1,00 | 257.945,00 |
| ESTAMPILLA PROHOSPITALES | 25.794.454,00 | 1,00 | 257.945,00 |
| TASA PRODEPORTE Y RECREACION | 25.794.454,00 | 2,00 | 515.889,08 |
| ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR | 25.794.454,00 | 2,00 | 515.889,00 |
| ESTAMPILLA UNIVALLE | 25.794.454,00 | 2,00 | 515.889,00 |
| | | Total | **2.321.502,08** |

**IMPUTACION CONTABLE CXP**

| Cuenta | Débito | Crédito | Descripción |
|---|---|---|---|
| 511180007 | 25.794.454,00 | 0,00 | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CEI |
| 240722005 | 0,00 | 257.945,00 | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CEI |
| 243627010010 | 0,00 | 257.945,00 | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CEI |
| 240722002 | 0,00 | 257.945,00 | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CEI |
| 240722001 | 0,00 | 515.889,00 | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CEI |
| 240722006 | 0,00 | 515.889,00 | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CEI |
| 240706004004 | 0,00 | 515.889,08 | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CEI |
| 249055001 | 0,00 | 23.472.951,92 | Acta de recibo PARCIAL 105614 CONVENIO_817 CEI |
| Sumas Iguales | **25.794.454,00** | **25.794.454,00** | |

**IMPUTACION CONTABLE EGRESO**

| Cuenta | Débito | Crédito | Descripción |
|---|---|---|---|
| 111006023597 | 0,00 | 23.472.951,92 | 800107454-Cheque Nro. egreso Nro. 147701 PAGO- |
| 249055001 | 23.472.951,92 | 0,00 | 800107454-Cheque Nro. egreso Nro. 147701 PAGO- |
| Sumas Iguales | **23.472.951,92** | **23.472.951,92** | |

República de Colombia

# Municipio de Palmira

**NIT 8913800073**

**UNIDAD DE TESORERIA**

ESTE DOCUMENTO ES VALIDO COMO CERTIFICADO DE RETENCIÓN

# Municipio de Palmira

**NIT 8913800073**



**SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL**

Nro. Int. 817

## CONVENIO No. 1423

Fecha Imp: May. 26, 2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| **RAZON SOCIAL** | **CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO PALMIRA** | **C.C o Nit** | **800107454** |
| **REP. LEGAL** | **ANA MILENA CANDELO DE PEÑARANDA** | **C.C** | **31134427** |
| CL 37 25 36 Palmira | | **Teléfonos** | 5722873911 |
| | | **Fecha Firma:** | 25/05/23 |
| **OBJETO** | CONTRIBUÍR AL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ESTADÍA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÒN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO DEL CENTRO DE BIENESTAR CASA DEL MENDIGO | | |
| **VALOR** | Ciento Cincuenta Y Cuatro Millones Setecientos Sesenta Y Seis Mil Setecientos Veintisiete Pesos M/Cte. | | **154.766.727,00** |
| **FORMA PAGO** | cuotas parciales | | |
| **INTERVENTOR** | - LILIANA YANETH VASQUEZ MARTINEZ | | |
| **PLAZO** | 30 de Octubre de 2023 | | |

### DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

| C.Costo | Proyecto | Fondo | Rubro | Nombre |
|---|---|---|---|---|
| **1153** | **2200002** | **379**R/BCE Estampilla Pro Adulto Mayor | 2.3.2.02.02.009 | Servicios para la comunidad, sociales y personales |

**SIRVASE SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS O EJECUTAR EL TRABAJO SEGUN EL SIGUIENTE DETALLE**

| Descripción | Cantidad Und. | Valor Unitario | Valor Total |
|---|---|---|---|
| CONTRIBUÍR AL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ESTADÍA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÒN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO DEL CENTRO DE BIENESTAR CASA DEL MENDIGO | 0 | 0,00 | 154.766.727,00 |

| | |
|---|---|
| **SubTotal** | **154.766.727,00** |
| **Iva** | **0,00** |
| **Total** | **154.766.727,00** |

**Autorizacion Ingreso a SIIF:**

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICACION

ABEJORRAL, ANTIOQUIA, 14/06/2023

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO** con NIT **800.107.454-3** posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA CORRIENTE**

Número 000293055166

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# 12.
# CERTIFICACION DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL SOPORTE DE PAGO FACTURA ELECTRONICA



# Centro de Bienestar del Anciano
Casa del Mendigo Palmira
Nit: 800.107.454-3

## CERTIFICACIÓN PARA ACREDITAR EL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

**Señores:**
**MUNICIPIO DE PALMIRA**
**Ciudad**

Con el fin de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO Que EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO NIT 800.107.454

Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a salud, pensiones y riesgos laborales y cuando ha sido del caso con los aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.

Por lo cual Certifico que se encuentra a Paz Y Salvo en el mes de Abril - Mayo de 2023 por valor de $5.321.500 (Cinco millones trescientos veintiún mil quinientos pesos mcte).

En mi calidad de Revisor Fiscal expido este documento el 24 de mayo de 2023.

CC. No. 31.162.287 de Palmira – Valle.
Revisor Fiscal
TP 41.900T

Nota: Esta certificación debe firmarla el Revisor Fiscal si la empresa está obligada a tenerlo, de lo contrario la firma el Representante Legal. Para el caso de personas naturales la firma el mismo proponente

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2023-05-02, 08:59:21 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | abril de 2023 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | mayo de 2023 |
| **Empresa** | CENTRO BIENESTAR ANCIANO CASA DEL MENDIGO |
| **NIT** | NI 800107454 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1054404772 |
| **Tipo de Planilla** | E |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 2055738486 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 5.321.500 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 3 | $ 556.900 | $ 0 |
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | 2 | $ 371.200 | $ 0 |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 6 | $ 1.045.600 | $ 0 |
| N800227940 | 231001 | COLFONDOS | 1 | $ 259.900 | $ 0 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS S.A. | 1 | $ 145.000 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. | 4 | $ 580.100 | $ 0 |
| N800130907 | EPS002 | SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 5 | $ 725.000 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 2 | $ 294.900 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 12 | $ 137.000 | $ 0 |
| N890303208 | CCF57 | COMFANDI | 12 | $ 535.900 | $ 0 |
| N899999034 | PASENA | SENA | 12 | $ 268.000 | $ 0 |
| N899999239 | PAICBF | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 12 | $ 402.000 | $ 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **SubTotales:** | $ 5.321.500 | $ 0 |
| **Total a Pagar:** | | $ 5.321.500 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
31.163.287

APELLIDOS
RUIZ ESPINOSA

NOMBRES
ALBA NIDIA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-MAR-1962
PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

25-JUL-1981 PALMIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-3100100-65136719-F-0031163287-20060110 02222 06010B 02 166286621

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

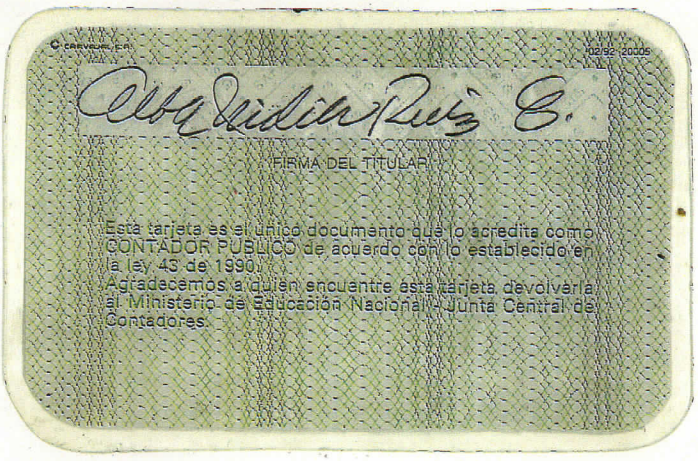


**41900-T**

ALBA NIDIA
RUIZ ESPINOSA
C.C. 31163287
RESOLUCION INSCRIPCION 005 FECHA 16/02/95
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

Presidente

00049271



# INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

| 1. No. CONTRATO | 2. DATOS DEL INFORME | | 3. TIPO DE INFORME | 4. DATOS DEL SUPERVISOR | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2.1 No. Pago | 2.2 Fecha del Pago | | 4.1 Nombre | 4.2 Cargo |
| MP-1423 -2023 | 01 | martes, 6 de junio de 2023 | SUPERVISIÓN | LILIANA YANETH VASQUEZ MARTÍNEZ | Subsecretraia de Desarrollo e Inclusión Social |

**5. DATOS DEL CONTRATO**

| 5.1 Nombre del Contratista | 5.2 Identificación | 5.3 Fecha de Inicio | 5.4 Fecha Final | 5.5 Duración (Meses) | 5.6 Ejecución (Meses) | 5.7 Tiempo Ejecutado (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| : CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA | NIT. 800107454-3 | 29-may-2023 | 30-oct-2023 | 5,1 | 0,3 | 5,19% |

**5.8 Objeto del Contrato**

CONTRIBUÍR AL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ESTADÌA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÒN DE VULNERABILIDAD O CARENCIA DE SOPORTE SOCIAL A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR "CASA DEL MENDIGO DE PALMIRA".

| 5.9 Forma de Pago | 5.10 Descripción | 5.11 Valores | 5.12 Duración (Meses) | 5.13 Ejecución (Meses) | 5.14 Tiempo Ejecutado (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Seis desembolsos mensuales por cuotas parciales. | 5.10.1 Contrato Inicial | $ 154.766.727 | 5,13 | 0,27 | 5,19% |
| | 5.10.2 Adiciones al Contrato | | | | |
| | 5.10.3 Suspensiones al Contrato | | | | |
| | **5.10.4 Total Contrato + Adiciones** | **$ 154.766.727** | **5,13** | **0,27** | **5,19%** |
| | **5.10.5 Nueva Fecha Final** | | | | |

## 6. APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

| 6.1 Periodo de Aportes | 6.2 Número Planilla (PILA) | 6.3 Fecha de Pago | 6.4 Últimos dos Dígitos (C.C. / Nit) | 6.5 Fecha Máxima de Pago de Aportes | 6.6 Cumple | 6.7 Nombre de la ARL | 6.8 Fecha Afiliación ARL | 6.9 Nivel Riesgo | 6.10 Análisis del Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PERSONA JURIDICA | | | SI | | | 0 | Asumido por el Contratista |

| 6.11 Datos de Referencia para el Supervisor | | 6.12 Datos del Pago de la Planilla de Seguridad Social (sin mora) | |
|---|---|---|---|
| 6.11.1 Valor a Pagar | 6.11.2 Ingreso Base de Cotización (IBC) | 6.12.1 Exonerado del Pago a Pensión | 6.12.2 Descripción de la Exoneración |
| | | No | |

| 6.11.3 Concepto del Aporte | 6.11.4 % | 6.11.5 Valor del Aporte | 6.12.3 Valor Pagado | 6.12.4 Cumple | 6.12.5 Observaciones Aportes al Sistema de Seguridad Social |
|---|---|---|---|---|---|
| 6.11.3.1 Aportes a Salud (EPS) | 12,50% | | | | |
| 6.11.3.2 Aportes a Pensión (AFP) | 16,00% | | | | |
| 6.11.3.3 Aportes a Riesgos Laborales (ARL) | 0,522% | | | | |
| **6.11.3.4 Valor Total (sin Mora)** | **29,02%** | | | | |

## 7. DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

| 7.1 No. | 7.2 Documento | 7.3 Documentos en la Carpeta Digital de la Dependencia | 7.4 Entregados a la Dirección de Contratación | 7.5 Entregados a la Secretaría de Hacienda |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Radicado en la Secretaría de Hacienda | X | X | X |
| 2 | Orden de Pago (SIIF) | X | X | X |
| 3 | Acta de Recibo (SIIF) o Entrada Almacén | X | X | X |
| 4 | Minuta del Contrato (SIIF) | X | No Aplica | X |
| 5 | Acta de Inicio | X | No Aplica | X |
| 6 | Informe de Actividades y soportes | X | X | No Aplica |
| 7 | Informe del Supervisor | X | X | No Aplica |
| 8 | Factura o Documento equivalente | X | X | X |
| 9 | Pago Seguridad Social | X | X | X |
| 10 | Certificación de Parafiscales | No aplica | X | X |
| 11 | Certificación Bancaria | X | No Aplica | X |

## 8. SEGUIMIENTO

| 8.1 Item | 8.2 Actividades Generales | 8.3 SI / NO | 8.4 Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1 | Conoce y entiende los términos y condiciones del contrato | SI | El Contratista ha leído y entiende los términos y condiciones del contrato, NO se han materializado riesgos previstos en la matriz de riesgos del contrato, el contrato ha presentado un desarrollo normal y cordial entre las partes, el contratista organiza y administra el recibo de bienes y servicios establecidos en el contrato, el contratista está dando cumplimiento a los bienes y/o servicios establecidos en el contrato, el contratista presenta soportes de la ejecución contractual, durante el período del informe se desarrollaron reuniones de seguimiento. |
| 2 | Se ha materializado algún riesgo planteado en la matriz de riesgos del Contrato | NO | |
| 3 | Se han presentado controversias entre las partes | NO | |
| 4 | Se organiza y administra el recibo de los bienes y/o servicios establecidos en los documentos del Contrato | SI | |
| 5 | Se ha presentado rechazo justificado de los bienes y/o servicios establecidos en los documentos del Contrato | NO | |
| 6 | Se ha presentado incumplimientos del proveedor o contratista al presentar los soportes correspondientes | NO | |
| 7 | Se ha solicitado informes y convocado a reuniones para el cumplimiento de la función de supervisor | SI | |

| 8.5 Item | 8.6 Seguimiento Administrativo | 8.7 SI / NO | 8.8 Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1 | Se encuentra completo el expediente físico y electrónico con los informes previstos | SI | El expediente físico y electrónico del contrato se encuentra completo y al día, las garantías del contrato se encuentran al día, No se hicieron requerimientos por parte de los entes de control, se ha dado cumplimiento a la publicación de los documentos del contrato en el SIIF y en el SECOP, el contratista está cumpliendo con sus obligaciones en materia de seguridad social y salud en el trabajo, como también el cumplimiento de normas legales |
| 2 | Las pólizas y garantías del contrato se encuentran vigentes | SI | |
| 3 | Han solicitado los organismos de control informes y el contratista los ha presentado | No Aplica | |
| 4 | Se cargó en los tiempos, los documentos del Contrato en el SIIF y se garantizó el principio de publicidad | SI | |
| 5 | Se ha verificado el cumplimiento de las obligaciones del contratista en materia de Seguridad Social, Seguridad y Salud en el Trabajo, Planes de Contingencia, Normas ambientales, Planes de Emergencia y cualquier otra norma aplicable al contrato | SI | |

| 8.9 Item | 8.10 Seguridad y Salud en el Trabajo (Personas Naturales y Jurídicas) | 8.11 SI / NO | 8.12 Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1 | Aportó los elementos necesarios de protección personal para el desempeño de sus actividades | No Aplica | , , , |
| 2 | Aportó las certificaciones de competencias requeridas o necesarias para desarrollar las tareas de alto riesgo | No Aplica | |
| 3 | Aportó el permiso de trabajo para el desarrollo de las tareas de alto riesgo avaldo por SST | No Aplica | |
| 4 | Se recibieron reportes de accidentes e incidentes de trabajo | No Aplica | |

| 8.13 Item | 8.14 Seguridad y Salud en el Trabajo (Solo Personas Jurídicas) | 8.15 SI / NO | 8.16 Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1 | Aportó certificación de avance de la Resolución 1111 de 2017 (Plazos para implementar el SST), avalada por el SST | No Aplica | , , |
| 2 | Aportó el Plan Anual de Trabajo | No Aplica | |
| 3 | Aportó el Plan Anual de Capacitaciones | No Aplica | |

| 8.17 Item | 8.18 Seguimiento Técnico | 8.19 SI / NO | 8.20 Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1 | Se ha dado cumplimiento a las normas técnicas aplicables | SI | El contratista ha dado cumplimiento a las normas técnicas aplicables al contrato, El contratista está cumpliendo con las condiciones ofrecidas en el contrato, El Contratista no ha hecho solicitudes de ajustes o cambios en las condiciones del contrato, El Contratista, durante el período del informe no hizo solicitudes o requerimientos técnicos, El Contratista, durante el período del informe, no ha presentado incumplimientos en los que se necesite aplicar las garantías del contrato |
| 2 | Se ha revisado que el contratista o su equipo cumpla las condiciones ofrecidas de acuerdo a lo previsto en el contrato | SI | |
| 3 | Se han requerido cambios o ajustes en las condiciones el contrato | NO | |
| 4 | Se han recibido solicitudes o requerimientos técnicos por parte del contratista y se han dado las recomendaciones respectivas. | NO | |
| 5 | El contrato ha tenido la necesidad de hacer efectivas las garantías | NO | |

**9. CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL**

| 9.1 No. | 9.2 Obligación Contractual | 9.3 Actividad Desarrollada | 9.4 Anexos o Sorpotes de Evidencia | 9.5 Cumple | 9.6 Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con los requerimientos técnicos para el funcionamiento exigidos por el Ministerio de salud y de Protección social y que se encuentran plasmados en laley 1276 de 2009,ley 1315 de 2009 y la Resolución 024de 2017, modificada por la Resolución 055 de 2018 | Se realiza reunion con los colaboradores del CBA para tener una mejor estrategia en cuanto al mantenimiento del Asilo y a su vez las reuniones con la asesora de SSGT | Lisrtados de asistencia | SI | |
| 2 | Elaborar y presentar Plan de trabajo operativo para llevar a cabo el cumplimiento del convenio centrado en el modelo de atención integral de la persona. | Se realiza plan de trabajo operativo indicando el cumplimiento del convenio centrado en el modelo de atencion integral. | Se anexa plan operativo | SI | |
| 3 | Brindar el servicio de alimentación a los adultos mayores que habitan en el Centro de Bienestar con cinco comidas diarias (Desayuno, refrigeriosam almuerzo refrigerio - cena). | Realizamos un menu saludable para nuestros 60 Adultos mayores, contribuyendo una dieta balanceada para que obtengan los nutrientes necesarios sin demasiadas calorias extras que les brinde energia y controlen su peso, adicional prevenir enfermedades a causa de una mala alimentacion. | Se evidencia fotográficamente la cada una de las entregas, y la manera en que se proporcionan los alimentos y las meriendas, tambien se evidencia el comedor con nuestros comensales. | SI | |
| 4 | Prestar la orientación psicosocial a cada uno de los adultos mayores del CBA -Realizando valoración inicial y orientaciones psicológicas individuales a cada beneficiario. | Nuestro compromiso con nuestros adultos mayores nos compromete a organizar un trabajo arduo en relacion a las necesidades de manera individual y/o grupal, que presentan cada uno de ellos, para esto contamos con una profesional que nos colabora con los seguimientos pertinentes con cada aldulto mayor que lo requiera, es por tal motivo que las visita de los medicos ya se esta realizando cada dos meses para que asi nos permita conocer la evolucion que ha tenido cada uno de los adultos mayores. | Se anexan informes de las actividades tanto individual como grupal e informes de cada Adulto mayor con sus seguimientos y sus respectivas evidencias fotográficas. | SI | |
| 5 | Realizar atención primaria en salud relacionadas con geriatría y malnutrición, vacunación y demás actividades que se consideren y elaborar las remisiones correspondientes al servicio de salud que atiende al adulto mayor. Garantizar el buen estado del inmueble donde opera el centro de Bienestar – este debe contar con todos los servicios públicos básicos disponibles (agua, energía, alcantarillado y sistemas de comunicación Teléfono e internet). | Se realizaron los controles medicos a los adultos mayores por parte de Todo Med, los cuales se adjunta su historia clinica y sus ordenes medicos En la cual nos indican en las condiciones que esta el adulto mayor y se programa visita nuevamente para dos meses, El profesional de enfermería viene desarrrollando diariamente en el Centro de Bienestar labores como:toma de signos vitales, terapia de reflejo, y coordinacion se tiene en cuenta al momento de seguir la ruta integral de promoción y prevención, el conjunto de acciones coordinadas para garantizar el derecho a la salud, mediante la aplicación de las políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios dirigidas | Evidencias fotograficas de los controles de medicos, toma de examenes medicos, cuidados de higiene. | SI | |
| 6 | Disponer de áreas comunes para la realización de jornadas lúdicas y deportivas con los adultos mayores. Así mismo deberá contar con: baños -zona de comedores y de televisión para los adultos | Se realizan actividades de juegos de mesa para la recreacion de los adultos mayores a su vez se realizan algunas actividades de manualidad para la motricidad de los mismos. | Se evidencia fotograficamente las actividades realizadas con los adultos mayores. | SI | |
| 7 | Realizar todas las actividades de aseo, desinfección y limpieza del Centro de Bienestar | Se realizan inspecciones de limpieza en los diferentes puntos del asilo para tener un ambiente sano. Se hace una limpieza optima de cada las instalaciones utilizando productos que nos ayude con la desinfeccion.(Baños - Lavanderia - Cuartos - Cocina) | Se evidencia fotograficamente el aseo en cada una de sus areas | SI | |
| 8 | Llevar a buen termino las demás actividades programadas dando cumplimiento a la ley 1276 de 2009 y demás legislación aplicable para la atención a la población adulto(a) mayor. | De acuerdo con la normativa y legislación para el cuidado del adulto mayor, desde el centro de bienestar procuramos brindar una atención integral al adulto, buscando promover habitos de higiene saludable, atención psicosocial, atención básica en salud, actividades recreativas entre otras dando cumplimiento a lo que exige la ley. | Se evidencia fotograficamente las actividades realizadas con los adultos mayores | SI | |
| 9 | Brindar el apoyo logístico y operativo necesario para la coordinación e implementación de las actividades establecidas en el convenio. | Con el fin de brindar el apoyo logístico y operativo necesario para la coordinación e implementación de las actividades establecidas en el convenio se valida el formato de personal y se anexa la contratacion que se realiza para la elaboracion y coordinacion entorno a los servicios integrales del mismo. | Anexo formato de personal | SI | |
| 10 | Tener disponible y emplear en la ejecución el personal necesario para el cumplimiento de las actividades requeridas de conformidad a lo establecido en el convenio | El Centro de Bienestar cuenta con el personal idóneo en cuanto a manipulación de alimentos, equipo de enfermería, psicosocial, cuidadores, servicios generales, buscando estar siempre capacitados y fortalecidos para la atención de los adultos mayores | Anexo formato de personal y nueva contratacion. | SI | |
| 11 | Responder por la adecuada y correcta ejecución de los recursos entregados por el Municipio - Secretaría de Integración Social para el cumplimiento del objeto del presente Convenio. | Los recursos entregados por este convenio son totalmente invertidos en las necesidades indicadas en cuanto al fortalecimiento de la alimentación, elementos de aseo, elementos de bioseguridad y actividades recreativas para nuestros adultos mayores | Informe financiero | SI | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 12 | Presentar un informe financiero mensual firmado por el contador o revisor fiscal, de la ejecución presupuestal, anexando todos los soportes contables | Se realiza informe de Seguridad Social y parafiscales correspondientes al mes de abril - mayo 2023 Se realiza en conjunto con la Revisora Fiscal informe mensual de gastos realizados, Estados Financieros y Factura Electronica para pago de convenio. | Se anexa Certificado de pago de aportes de Seguridad Social firmada por la Revisora Fiscal y planilla de pago resumidaSe anexa Informe Financiero (balance General, Estado de Resultados y Notas) correspondiente al mes de Mayo 2023 y se entrega informe de Gastos realizados durante el corte que va del 01 al 31 de mayo de 2023. | SI | |
| 13 | Entregar al finalizar el convenio un informe cualitativo de la población atendida. | N/A | N/A | SI | |

## 10. SEGUIMIENTO FINANCIERO, CONTABLE, FISCAL Y JURÍDICO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Se hace seguimiento a la gestión financiera del contrato (Registro Presupuestal, Planeación de los pagos previstos y disponibilidad de caja) | SI | La revisión del avance financiero, se hizo al momento de la presentación de los documentos para el respectivo pago, La revisión de los documentos necesarios para el pago, se hizo al momento de la presentación de los respectivos documentos (ver soportes del pago), , El Contrato no presenta situaciones que afectan el valor total del contrato |
| 2 | Se hace revisión de los documentos necesarios para efectuar los pagos al contratista, incluyendo el recibo a satisfacción de los bienes y/o servicios objeto del contrato | SI | |
| 3 | Se ha hecho entrega de anticipos y se han amortizado en los terminos de la Ley y del contrato | No Aplica | |
| 4 | Se ha presentado modificaciones en la actividades que afecten el valor inicial del contrato | NO | |

**10.5 Estado fiscal del contrato**

| 10.5.1 No. | 10.5.2 Concepto | 10.5.3 Ingresos | 10.5.4 Egresos | 10.5.5 Valor Total de Contrato + Adiciones | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 10.5.2.1 Valor del contrato | $ 154.766.727 | | | |
| 2 | 10.5.2.2 Valor de las adiciones al contrato | $ - | | $ 154.766.727 | |
| 3 | 10.5.2.3 Valores cancelados al contratista | | | 10.5.6 Total Pagos al Contrato | La ejecución fiscal del Contrato va en un 16,67%, estando pendiente por pagar al Contratista la suma de: $ 128972273 |
| 4 | 10.5.2.4 Valor a pagar en la presente acta | | $ 25.794.454 | | |
| 5 | 10.5.2.5 Saldo por pagar al contratista | | $ 128.972.273 | $ 25.794.454 | |
| 6 | 10.5.2.6 Saldo a favor del municipio | | | 10.5.7 % Avance | |
| | **10.5.2.7 Sumas Iguales** | **$ 154.766.727** | **$ 154.766.727** | **16,67%** | |

| 10.5.8 Item | 10.5.9 Seguimiento Jurídico | 10.5.10 Cumple | 10.5.11 Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1 | El seguimiento jurídico del contrato busca la conformidad de la ejecución del contrato con el texto del contrato y la norma aplicable | SI | Las actividades del contrato, se desarrollaron conforme a los términos establecidos en el mismo y la normatividad aplicable al mismo |

## 11. OBSERVACIONES

Considerando que a la fecha del presente Informe se encuentran parcialmente cumplidas y recibidas.

Teniendo en cuenta el contenido y el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato dejo constancia que no existe controversia alguna.

Para constancia de lo anterior se firma en Palmira a los **06** dias del mes de **Junio** del año **2023**

**Liliana Yaneth Vásquez Martínez**
**SUPERVISOR**