# INFORME DE ACTIVIDADES

| INFORME DE ACTIVIDADES No. | 9 NOVENO | FECHA INFORME | 23 FEBRERO DE 2024 |
|---|---|---|---|

## DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **No. DEL CONTRATO Y FECHA** | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1383 DE 2023 |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $ 1,260,056,897 (Mil doscientos sesenta millones cincuenta y seis mil ochocientos noventa y siete pesos) |
| **VALOR DEL ADICIONAL 1** | $ 296.233.570.00 (Doscientos Noventa y Seis Millones Doscientos Treinta y Tres Mil Quinientos Setenta Pesos |
| **VALOR DEL ADICIONAL 2** | $ 333.783.278 (Trecientos Treinta y Tres Millones Setecientos Ochenta y Tres Mil Doscientos Setenta y Ocho Pesos |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $ 1.890.073.745,00 ( Mil Ochocientos Noventa Millones Setenta Y Tres Mil Setecientos Cuarenta y cinco Pesos ) |
| **CONTRATANTE** | MUNICIPIO DE YOPAL |
| **CONTRATISTA** | CASA CLUB LOS CERROS |
| **No. DE IDENTIFICACION** | 900884446-9 |
| **PLAZO DE EJECUCION** | (9) Nueve Meses y (10) DIAS |
| **SUPERVISOR** | UDMAN DAIRO PUERTA CARVAJAL |
| **FECHA DE INICIO** | 13 DE MAYO DE 2023 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN EJECUCION TOTAL DEL CONTRATO** | 20 DE FEBRERO DE 2024 |
| **PERIODO DEL INFORME** | 28 DE DICIEMBRE 2023 AL 27 DE ENERO DEL 2024 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE ABANDONO, VULNERABILIDAD Y/O SIN RED DE APOYO EN EL HOGAR DE BIENESTAR DEL MUNICIPIO DE YOPAL. |

## ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

| **ACTIVIDAD No.** (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual) | **EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad) | **EVIDENCIAS** (indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad) |
|---|---|---|
| Garantizar raciones preparadas en la modalidad de desayuno; servidas en sitio de lunes a domingo según la necesidad del adulto mayor y teniendo en cuenta si es adulto mayor dependiente o independiente.<br><br>Garantizar raciones preparadas en la modalidad de almuerzo; servidas en sitio de lunes a domingo según la necesidad del adulto mayor y teniendo en | Se entregaron las raciones preparadas en las condiciones de higiene, calidad y oportunidad conforme la legalización sanitaria y la normatividad vigente: DECRETO 3075 DE 1997, Resolución 2674 del 2013,Decreto 3075 de 2013, Norma técnica sectorial colombiana nts- usna 0007,Ley 9 de 1979, Resolución 5109 de 2005, Decreto 1575 de 2007, Resolución 765 de 2010: Deroga a Res. 1090 de 1998 y 127 del 2001; directamente a cada una de las personas mayores.<br>Se Ofrece rieron las raciones preparadas en el momento oportuno y en condiciones óptimas de sanidad y cumpliendo con las recomendaciones nutricionales de forma que promueva la alimentación | -Formato de registro de limpieza y desinfección de cocina<br>--ciclos de menú del 28 de diciembre al 27 de Enero de 2023<br><br>-Manual de dietas<br><br>-base de datos con tipo de dieta<br><br>-Manual de Dietas |

| ACTIVIDAD No. (describa las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual) | EJECUCION (describa que contrato o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad) | EVIDENCIAS (indique el medio de verificación y su ubicación física o virtual que soporta esta actividad) |
|---|---|---|
| cuenta si es adulto mayor dependiente o independiente.<br><br>Garantizar raciones preparadas en la modalidad de almuerzo; servidas en sitio de lunes a domingo según la necesidad del adulto mayor y teniendo en cuenta si es adulto mayor dependiente o independiente.<br><br>Garantizar raciones preparadas en la modalidad de refrigerio en la tarde; servidas en sitio de lunes a domingo según la necesidad del adulto mayor y teniendo en cuenta si es adulto mayor dependiente o independiente.<br><br>Garantizar raciones preparadas en la modalidad de cena; servidas en sitio de lunes a domingo según la necesidad del adulto mayor y teniendo en cuenta si es adulto mayor dependiente o independiente.<br>Analizar la minuta patrón y lista de intercambios dada por la entidad, determinar su competencia, recomendar los respectivos ajustes si a ello hubiera lugar, "sin que esto disminuya la calidad de la nutrición de la población objetivo", presentarlos ante la supervisión del contrato y adoptarlos para el cumplimiento del componente nutricional, previa a la aprobación por parte de la supervisión. La minuta a tener en cuenta se anexa el presente estudio previo.<br><br>NOTA: El cálculo de raciones se realizó teniendo en cuenta días calendario y no días contables, con el propósito de no interrumpir la prestación del servicio. | balanceada y saludable; y las orientaciones dadas por el ministerio de salud y protección social frente a la pandemia CORONAVIRUS Covid-19.<br>Se cumplió en los términos y plazos el objeto contractual; La nutricionista fue la responsable de la aplicación de guías y protocolos de manejo en el proceso de alimentación y de las buenas prácticas de manufactura de los alimentos del hogar.<br>Se presentaron los respectivos soportes de entrega de las raciones a los beneficios de acuerdo al formato dado por la entidad (Supervisión); en las que se deberá registrar firma o impresión dactilar (huella) correctamente de cada Persona Mayor previniendo las características propias de la población. Y registro fotográfico que evidencie el suministro de las raciones.<br>Se contó con personas que certifiquen idoneidad en la manipulación de alimentos y entrega de los alimentos de acuerdo a las disposiciones sanitarias conforme al Decreto 539 de 2014, para lo cual el proponente debe al momento de presentar la oferta, demostrar que los manipuladores de alimentos están debidamente certificados por el SENA o entidades competentes.<br>Se elaboró plan de saneamiento básico para el adecuado desarrollo del servicio.<br>Se Cumplió con las porciones y gramajes indicados y demás especificaciones técnicas de carácter nutricional, de acuerdo con la minuta patrón y los ciclos de menús entregados por la Administración Municipal. | -Acta de capacitación en resolución 2674<br><br>-consolidado de alimentación<br><br>-Registro dactilar de entrega de raciones<br><br>Registro fotográfico de entrega de raciones<br><br>-historias clínicas<br><br>JOSE DE JESUS GARCIA CUARTAS<br>ORLANDO MENDOZA OREJANERA<br>JAIME MENDOZA BARRETO<br>LUIS BASILIO SOLER |
| ANEXO 2. ATENCION PRIMARIA EN SALUD: Actividades de atención primaria para la promoción de estilo de vida saludable en pro | Se realizaron las Actividades de identificación, educación y acompañamiento periódico que propendan por la calidad de vida, promoción de la salud, estilos de vida saludable de la adulta mayor | -informe de actividades de nutricionista detallado<br>-Tipos de dieta manejadas en el hogar |

| ACTIVIDAD No. Describa las actividades realizadas en el contrato que haya ejecutado en el periodo evaluado | EJECUCION Describa sus acciones o actividades realizadas para el cumplimiento de esta actividad. | EVIDENCIAS Indique el medio de verificación, ej. Oficio en físico o virtual, que soporte esta actividad. |
|---|---|---|
| de mejorar la calidad de vida de las personas mayores pertenecientes al pro de mejorar la calidad de vida de las personas mayores pertenecientes al programa. Garantizar acompañamiento y acciones de seguimiento de los adultos mayores, mediante profesionales idóneos que cuenten con la experiencia requerida.<br>ANEXO 2. ATENCION PRIMARIA EN SALUD: Actividades de atención primaria para la promoción de estilo de vida saludable en pro de mejorar la calidad de vida de las personas mayores pertenecientes al pro de mejorar la calidad de vida de las personas mayores pertenecientes al programa. Garantizar acompañamiento y acciones de seguimiento de los adultos mayores, mediante profesionales idóneos que cuenten con la experiencia requerida. | realizada por personal profesional en nutrición y dietética.<br>Se realizó la Aplicación de guías y protocolos de manejo en el proceso de alimentación y de las buenas prácticas de manufactura de los alimentos del hogar.<br>Se realizaron las solicitudes de cambio, modificaciones o ajustes a los ciclos de menú avalados para enviar a aprobación de la supervisión.<br>Se implementaron los protocolos y procedimientos establecidos para el servicio de alimentos.<br>Se orientaron sobre las formas de preparación y elaboración de alimentos que componen las minutas determinando la cantidad nutricional y la tolerancia digestiva.<br>Se analizó la minuta patrón y lista de intercambios dada por la entidad, determinar su competencia, recomendar los respectivos ajustes si a ello hubiere lugar, "sin que esto disminuya la calidad de la nutrición de la población objetivo", presentarlos ante la supervisión y/o interventoría del contrato y adoptarlos para el cumplimiento del componente nutricional, previa aprobación por parte de la supervisión y/o interventoría.<br>7Se ajusto e implemento el manual de instrucciones de alimentación según el nivel de dependencia e independencia de cada usuario.<br>8-Asegurar que se cumpla con la ingesta necesaria, a nivel proteico, calórico y de micronutrientes que garanticen buenas condiciones y hábitos saludables a los adultos mayores beneficiarios, de acuerdo a la minuta patrón y a los ciclos de las minutas programados y vigilar las dietas de los adultos mayores diabéticos e hipertensos.<br>9-se realizó (01) Valoración nutricional mensual-personalizada durante la ejecución contractual para los 42 beneficiarios de Ración preparada. (Realizada por un profesional en nutrición y dietética).<br>10- se realizaron Las demás actividades que derivadas de su perfil sean necesarias para lograr el cumplimiento de los objetos del programa. | -soporte de charlas educativas y acompañamiento al personal de cocina<br>-Acta relacionada con el apoyo nutricional capacitación en resolución 2674 de 2013<br>-Acta de capacitación en implementación de protocolos<br>-Acta de capacitación en formas de preparación y elaboración<br><br>Acta de seguimiento a la minuta establecida y valoraciones realizadas a partir del análisis ya anexadas previamente<br>-Listado de dietas ordenado por la nutricionista para cada usuario<br>- Dietas manejadas en el hogar los cerros<br>-Derivación de dietas manejadas en el adulto mayor<br>- Base de datos beneficiarios atendidos en nutrición con el tipo de dieta<br>-Valoraciones nutricionales a los adultos mayores<br>-Registro Fotográfica.<br>-Valoración con registro de peso y talla e imc<br>- Informe de estado nutricional de los adultos mayores atendidos y registro fotográfico<br>-Registro huellas de asistencia a valoración. |
| PSICÓLOGA:<br>Profesión: Título profesional de PSICOLOGÍA.<br>Experiencia general: Dos (02) años, contados desde la fecha de autorización para el ejercicio de su profesión y hasta e cierre de este proceso de selección. | 1- se realizó Valoración integral de la capacidad funcional, condición psicoactiva social e historia de vida; de cada uno de los adultos mayores beneficiarios. 2- Realizar un expediente autónomo por cada adulto mayor para lograr llevar un seguimiento, este expediente debe ser retroalimentado. 3- se Elaboró de un plan integral y seguimiento para cada uno de los adultos mayores beneficiarios. 4-se Realizaron formatos de registro de ejecución y seguimiento del plan de atención integral para cada uno de los adultos mayores beneficiarios. 5- se realizó y apoyo de manera interdisciplinaria la construcción socialización e implementación de reglamento interno y manual de buen trato de conformidad con lo establecido en la resolución 055 de | 1-Un informe técnico mensual de las actividades realizadas, describiendo hallazgos, seguimiento y resultados y avances porcentuales del proceso de caracterización, relacionando los soportes con sus respectivas planillas y/o reportes de la información a la base de datos.<br><br>2-Entrega de base de datos de los beneficiarios atendidos que contenga como mínimo: nombre y apellido, documento de identidad, procedimiento realizado, fechas de atención mensual y observaciones |

| ACTIVIDAD No. Describa las actividades realizadas en el contrato que haya ejecutado en el periodo escogido | EJECUCION Describa sus acciones o actividades ejecutadas para el cumplimiento de esta actividad. | EVIDENCIAS Indique el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporta esta actividad. |
|---|---|---|
| | 2018. 6- se revisó e implemento plan de capacitación en derechos y deberes del adulto mayor con el personal colaborador del centro del adulto mayor. 7-se Orientó sobre la solución pacífica de los conflictos a través de una cultura de diálogo y de concertación con actividades lúdico pedagógicas dirigidos a los adultos mayores (una vez a la semana). 8-se Realizó mesa de trabajo con personal profesional y asistencial para evaluar el seguimiento de casos que requieran intervención individualizada con los adultos mayores beneficiarios del centro vida. 9-se Gestionaron actividades de integración social con entidades e instituciones municipales (públicas y privadas). 10- se Creó la ruta de atención integral para los adultos mayores para establecer las acciones que deben ser desarrolladas por las instancias y actores que adelantan estrategias y garantizan el bienestar y calidad de vida de los adultos mayores del centro para el adulto mayor. 11- se Elaboraron y socializaron con el talento humano del centro para adulto mayor, el directorio interinstitucional que cuente con teléfonos, direcciones, y líneas de atención sobre COVID-19. 12- se realizó seguimiento y mediar situaciones de violencia física, verbal, psicológica, sexual que se presenten en el centro vida. 13-se informó (01) una vez a la semana a los adultos mayores sobre las medidas preventivas que ha tomado al Gobierno Colombiano frente al COVID-19, evitando la saturación de información y fomentando actitud positiva hacia la prevención, contención y mitigación del coronavirus covid-19 en los adultos mayores en el centro de promoción y protección social. 14-se Realizó un informe final que presente resultados, avances, logros y dificultades ilustrado a partir de graficas o tablas que den cuenta de la información relevante, presentando conclusiones y recomendaciones para el municipio acerca de la importancia de brindar atención integral a la población adulta mayor en estado de vulnerabilidad, abandono o extrema pobreza con el fin de mejor calidad de vida. 15- se Realizó plan y cronograma de trabajo con anticipación, para aprobación por parte de la supervisión. 16- se Realizó la elaboración de los informes técnicos parciales consolidados y del informe final consolidado. 17- se Realizó las actividades de estimulación cognitiva, según valoración inicial y plan integral de atención. 18- se Realizó las actividades de lectura compresiva, según valoración inicial y plan integral de atención. 19- se Realizó las actividades de ejercicios matemáticos básicos según valoración inicial y plan integral de atención. 20- | con su respectivo formato de seguimiento por cada uno de los adultos mayores. 3-Planillas atención (actividades grupales) de los beneficiarios según formatos de la Administración Municipal. 4- Manual de convivencia Residentes casa club los cerros 5-Actas y registros de asistencia de procesos de implementación de planes de capacitación y protocolos. 6-Registro fotográfico de cada una de las actividades ejecutadas. 7-Cronograma de Actividades. |

| ACTIVIDAD No. Describir las actividades realizadas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual | EJECUCION Describir que debe hacer para el cumplimiento de este perfil. | EVIDENCIAS Indicar el medio de verificación y ubicación física o virtual que soporta esta actividad. |
|---|---|---|
| | se Realizó de manera grupal actividades recreativas de colorear, juegos de mesa, ejecutar actividades de interacción social y capacitaciones sobre el duelo. 21- se Realizaron Las actividades que derivadas de su perfil sean necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos del programa. 22- Implementar el protocolo de visitas a las familias de los usuarios que tengan grupo familiar. | |
| TERAPEUTA FÍSICA: Profesión: Título profesional en TERAPIA FÍSICA. Experiencia general: Tres (03) años, contados desde la fecha de autorización para el ejercicio de su profesión y hasta el cierre de este proceso de selección. Experiencia específica: Un (01) años, en la presentación de servicios profesionales en programas dirigidos a población adultos mayores. Dedicación: 90% Requisitos adicionales: formación presencial o virtual en temas relacionados con Atención integral al adulto mayor de mínimo 160 horas. | 1-se Realizó seguimiento para cada uno de los adultos mayores beneficiarios. 2- se Realizó las con el equipo inter disciplinar un plan de atención integral para cada uno de los adultos mayores beneficiarios. 3- I se Realizó en un plan de manejo individual por cada adulto mayor en el centro vida. 4- se Realizó en un reporte de seguimiento mensual de acompañamiento individual por cada adulta mayor. 5- se Realizó las dos (2) sesiones semanales de Talleres Físicos mediante hidroterapia para el desarrollo de las capacidades físicas y funcionales y facilitar la interacción en grupo y la comunicación interpersonal, con enfoque fisioterapéutico a los adultos mayores beneficiarios que asisten al centro día. 6- se Realizó las dos (2) actividades semanales de relajación, ejercicios de estiramiento de miembros superiores inferiores y tronco, ejercicios cardiovasculares y fortalecimiento del área pélvica, músculos, articulaciones y sistema óseo. 7- se Realizaron los Ajustes e implementaron los protocolos de prevención de lesiones, manuales y planes de emergencia y contingencia, principalmente las adscritas al área de fisioterapia y demás servicios de su incidencia. 8-Elaborar planes de trabajo mensuales para el desarrollo de actividades grupales recreativas que fortalezcan el cumplimiento de los planes de intervención individual y socializarlos a los cuidadores. 9- Elaborar planes de trabajo mensuales para el desarrollo de las actividades culturales recreativas que fortalezcan el cumplimiento de los planes de intervención individual y socializarlos a los cuidadores. 10- se Realizaron los planes de trabajo mensuales para el desarrollo de actividades de interacción social que fortalezcan el cumplimiento de los planes de intervención individual y socializarlos a los cuidadores. 11- se Realizó Las demás actividades que derivadas de su perfil sean necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos del programa. | 1- Un informe técnico mensual de las actividades realizadas, describiendo hallazgos, seguimiento, resultados avances porcentuales del proceso de caracterización, relacionando los soportes con sus respectivas planillas y/o reportes de la información a la base de datos, con formato de seguimiento por cada uno de los adultos mayores. 2- Realizar cronograma y seguimiento de las actividades las actividades lúdico recreativas de los adultos mayores. 3-Entrega de base de datos de los beneficiarios atendidos que contenga como mínimo: nombre y apellido, documento de identidad, procedimiento realizado, y fechas de atención mensual y observaciones. 4-Planillas atención (actividades grupales) de los beneficiarios según formatos de la Administración Municipal. 5-Registro fotográfico de cada una de las actividades ejecutadas con soportes documentales a color y valoración inicial. 6- Protocolo de caídas. |
| JEFE DE ENFERMERIA: Profesión: Título profesional de enfermería. Experiencia general: Mayor a un (1) año, contados desde la fecha de autorización para el ejercicio de su profesión y hasta | 1- se Realizó la Valoración integral de la capacidad funcional, condición física de cada uno de los adultos mayores. 2-Elaboración de un plan integral para cada uno de los adultos mayores, durante el primer mes de ingreso. 3- se Realizaron los formatos de registro de ejecución, seguimiento y evaluación del plan de atención integral | 1- Un informe técnico mensual de las actividades realizadas, describiendo hallazgos, seguimiento y resultados, relacionando los soportes con sus respectivas planillas con formato de Valoración por cada persona |

| ACTIVIDAD No. Describa las actividades realizadas en el contrato que haya ejecutado en el periodo cobrado | EJECUCION Describa de forma detallada las actividades realizadas para el cumplimiento de esta especificación. | EVIDENCIAS Anexe a este informe los soportes que acrediten la ejecución de la actividad descrita. |
|---|---|---|
| el cierre del presente proceso de selección. Experiencia Especifica: seis (6) meses en la prestación de servicios de Atención a Adultos Mayores. Dedicación: 100% Requisitos adicionales: Formación presencial o virtual en temas relacionados con Atención integral al adulto mayor de mínimo 160 horas. | de cada uno de los adultos mayores por el servicio de enfermería al final del periodo contractual. 4- se Realizó cronograma de actividades de orientación realizadas por los auxiliares de enfermería dirigidas a los adultos mayores, con el fin de promover hábitos de higiene y estilos de vida saludable, realizando educación en temas como: Higiene y aseo corporal, Salud oral, Autocuidado, Manejo asertivo de la enfermedad. Conservación de la salud, Recomendaciones sobre el uso de medicamentos dirigidas a los adultos mayores en este cronograma se debe establecer días de orientación, tema a tratar y a cargo de que auxiliar estará el tema del día. 5- se Realizaron las actividades de educación en temas: auto cuidado e higiene personal de los adultos mayores, mediante un (1) taller semanal realizado por los auxiliares de enfermería; dirigidas a los adultos mayores. 6- se Realizaron las acciones requeridas para el acceso oportuno a los servicios de salud, uso de estos servicios, canales de información, presentación de servicios solicitados, realizando gestión de medicamentos y citas médicas generales de especialista que se requieran. 7- se Realizó la Supervisión de la administración de medicamentos a de los adultos mayores, que cuentan con tratamientos médicos, evitando la auto medicación y promoviendo la adherencia al tratamiento de los adultos mayores. 8- se Realizó inspección de las características de los medicamentos y dispositivos médicos , así como fechas de vencimiento, registro INVIMA ,lote y embalaje entre otras. 9- se Realizó Manejo de kardex mensual de medicamentos para de los adultos mayores, diligenciando los documentos pertinentes. 10- se Realizó el Manejo de notas de enfermería y supervisión de las notas de enfermería de los auxiliares, relacionadas con de los adultos mayores. 11- se Realizó la entrega de turno, la descripción completa del estado general de los adultos mayores los procedimientos a los que debe ser sometido con acompañamiento de la auxiliar de enfermería. 12- se Realizó el reporte de eventos adversos que se presenten con de los adultos mayores, informando a la coordinación y a la supervisión del contrato, se presentará el plan de mejora. 13- Elaboráramos protocolos, manuales y planes de emergencia y continencia por COVID-19. 14- se Capacito al personal auxiliar de enfermería en los protocolos de atención de la infección por SARS-CoV-2 (COVID19), así como en las medidas para evitar su trasmisión, de acuerdo con los lineamientos, material y acciones de formación continua dispuestas por el MSPS. 15-se revisó, ajuste e implementación de los protocolos de procedimientos para fallecimiento de usuarios. 16- | mayor. 2- Diseñar una base de datos de seguimiento de los beneficiarios atendidos la cual contendrá como mínimo: nombre y apellido, documento de identidad, procedimiento realizado y fechas de atención mensual y observaciones esta deberá ser alimentada de manera mensual, será entregada como soporte y para la liquidación se entregará base de datos consolidada. Guardada en medio magnético. 3- Formato registro de seguimiento del plan de atención. 4- Registro fotográfico de todas y cada una de las actividades ejecutadas. 5-Registro fotográfico de cada una de las actividades ejecutadas con soportes documentales a color y valoración inicial. 6- Protocolo de caídas.. |



Certificate No
LAT - 0969

| ACTIVIDAD No. | EJECUCION | EVIDENCIAS |
|---|---|---|
| | se revisó, ajuste e implementación de los protocolos enfermedades infecto contagiosas de medicina y remisión a urgencias.<br>17- se revisó plan y cronograma de trabajo con anticipación, para aprobación por parte de la coordinación.<br>18- se revisó la elaboración de los informes técnicos parciales consolidados y del informe final consolidado.<br>19- se realizaron las demás actividades que derivadas de su perfil sean necesarias para lograr el cumplimiento to de los objetivos del programa. | |
| COORDINADOR:<br>Profesión: Título profesional en administración de empresas, áreas de la salud y/o contaduria.<br>Experiencia general: Mayor o igual a tres (03) años, contados desde la fecha de autorización para el ejercicio de<br>su profesión y hasta el cierre del presente proceso de selección.<br>Experiencia específica: Igual y mayor a un (01) año en la prestación de servicios relacionados con las actividades.<br>Dedicación: 100%<br>Requisitos adicionales: formación presencial o virtual en temas relacionados con Atención integral al adulto mayor<br>de mínimo 160 horas. | 1. se realizó la acción administrativa del centro de promoción y protección social, acatando como mínimo las<br>disposiciones establecidas en la normatividad vigente y en especial la Resolución No. 055 de 2018,<br>expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social; o las normas que le llegasen a modificar y/o<br>complementar.<br>2. se realizó la formulación y/o actualización si a ello hubiere lugar, de los manuales de procesos y<br>procedimientos, misionales, estratégicos y de soporte del centro de promoción y protección social.<br>3. se realizó con la Alcaldía Municipal de Yopal la articulación de la oferta de servicios institucionales<br>dirigidos a la población adulta mayor disponible en el Municipio para ser desarrollados en el centro de<br>promoción y protección social.<br>4. se realizó y elaboro informe de gestión técnico, administrativo y financiero con los respectivos soportes que demuestren avance y ejecución contractual.<br>5. se realizó un adecuado manejo y gestión de las comunicaciones y correspondencia que se genere en el desarrollo de la ejecución del contrato.<br>6. se realizó estrategias de comunicación oportuna y efectiva, por escrito con profesionales, técnicos y personal vinculado al programa; de igual forma con los beneficiarios y familias con el fin de dar cumplimiento al proyecto manual de convivencia y evidenciar por escrito el respectivo seguimiento a los casos que se llegaren a presentar.<br>7. se realizó seguimiento y verificar cada una de las actividades a desarrollar por cada uno de | 1. Un informe técnico mensual de las actividades realizadas, describiendo hallazgos, seguimiento y<br>resultados, desde los diversos componentes de atención a los adultos mayores.<br>2. Entrega de base de datos de los beneficiarios atendidos que contenga como mínimo: nombre y apellido,<br>documento de identidad, beneficio recibido, observaciones y/o hallazgos.<br>3. Actas y registros de asistencia de procesos de implementación de planes de capacitación y/o actividades.<br>4. Registro fotográfico de todas y cada una de las actividades ejecutadas.<br>5. Presentar por anticipado cronograma de actividades. |

| ACTIVIDAD No. Describa las actividades relacionadas en el informe que haya ejecutado en el periodo actual | EJECUCION Describa las acciones o actividades realizadas en el mes en el cumplimiento de esta obligación | EVIDENCIAS Incluya el medio de verificación y su ubicación física o virtual que respalda esta actividad |
|---|---|---|
| | los profesionales, técnicos y personal vinculado al programa, teniendo en cuenta las estrategias empleadas y evidenciar mensualmente el seguimiento realizado.<br>8. se realizó oportunamente a la supervisión y/ o interventoría toda novedad que se presente en desarrollo de la ejecución contractual.<br>9. se realizó el uso adecuado de los bienes entregados mediante inventarios del centro de promoción y protección social.<br>10. se realizón las actividades que derivadas de su perfil sean necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos del programa.<br>11. se realizó plan y cronograma de trabajo del contrato con anticipación, para aprobación por parte de la interventoría y/o supervisión | |
| AUXILIARES DE ENFERMERIA<br>Profesión: Título de TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y/O TÉCNICO LABORAL EN ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR.<br>Experiencia general: Seis (6) meses, contados desde la fecha de autorización para el ejercicio de su profesión y hasta el cierre del presente proceso de selección.<br>Experiencia específica: tres (03) meses en la prestación de servicios de Atención a Adultos Mayores.<br>Dedicación: 100%<br>Requisitos adicionales: formación presencial o virtual en temas relacionados con Atención integral al adulto mayor de mínimo 160 horas. | 1. se realizaron acciones de atención con enfoque integral de salud, en cooperación con el equipo interdisciplinario, articulando procesos y procedimientos de atención primaria.<br>2. se realizó acompañamiento en el trámite de servicios de medicina general, medicamentos y medicina especializada de los adultos mayores.<br>3. se realizó la atención de enfermería con eficiencia, eficacia, calidad y oportunidad siguiendo los protocolos e indicaciones dadas por profesional a cargo de acuerdo al cronograma de turnos, garantizando la seguridad de las personas mayores.<br>4. se realizó el servicio en primeros auxilios en el tiempo que permanezcan las Personas Mayores y en caso de urgencia, se realizarán las acciones pertinentes atendiendo las disposiciones contenidas en los lineamientos de atención que para estos casos disponga el Ministerio de Salud y Protección Social.<br>5. se realizó la administración de medicamentos, cerciorándose de la toma de estos, así mismo aplicaran enemas de limpieza, salvo en casos que requieran de atención priorizada dando cumplimiento de las normas de bioseguridad.<br>6. se realizó que las historias integrales de cada una de las Personas Mayores contengan formatos de Seguimiento, valoraciones por equipo interdisciplinario, historia clínica y Registro de acuerdo a la ley de archivo vigente.<br>7.se Tomaron signos vitales al inicio de cada semana a las personas mayores internas y externas que lo | 1. Un informe técnico mensual de las actividades realizadas, describiendo hallazgos, seguimiento y resultados, relacionando los soportes con sus respectivas planillas.<br>2. Entrega de base de datos de los beneficiarios atendidos que contenga como mínimo: nombre y apellido, documento de identidad, procedimiento realizado, fechas de atención mensual y observaciones.<br>3. Soporte de las planillas atención de los beneficiarios.<br>4. Entrega de notas de enfermería con seguimiento diario, Formato kardex con y Formato de toma de signos vitales por cada adulto mayor.<br>5. Registro fotográfico de todas y cada una de las actividades ejecutadas.<br>6. Presentar por anticipado cronograma de actividades |

| ACTIVIDAD No. Describa las actividades realizadas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual | EJECUCION Describa las acciones o actividades llevadas para el cumplimiento de la actividad. | EVIDENCIAS Incluya el medio de verificación y su descripción (foto, informe, lista, soporte, etc) de la actividad. |
|---|---|---|
| | requieran, así mismo tomar los signos vitales diarios a las personas mayores que presenten prescripción, médica y toma de medicamentos relacionados a hipertensión; dejar evidencia en el registro de seguimiento de atención en los formatos correspondientes.<br>8. se Realizaron acciones educativas para incentivar al cumplimiento de las medidas de auto cuidado en el marco de contagio COVID-19 dispuesta en la guía: Orientaciones de medidas preventivas y de mitigación para contener la infección respiratoria aguda por COVID – 19, Esta actividad se realizo una (1) vez por semana, con una intensidad mínimo de veinte (20) minutos cada una. 9. Ofrecer y apoyar a las personas adultos mayores dependientes en el proceso de alimentación (beneficiarios de la ración preparada).<br>10. se realizó cuidados a personas mayores, con problemas de salud en situación crítica o de alto riesgo, en el ámbito individual y colectivo cumplimiento a las normas de bioseguridad. 11. Implementar y reforzar medidas de higiene, desinfección y atender el protocolo de lavado de manos y medidas preventivas como uso de guantes y mascarilla quirúrgica en la provisión de higiene personal, cambios posturales, entre otros apoyos.<br>12 se. Apoyo a la revisión, ajuste e implementación de los protocolos de procedimientos para fallecimiento de usuarios.<br>13. se Apoyó a la revisión, ajuste e implementación del plan de emergencia desastres y seguridad.<br>14.se Apoyo a la revisión, ajuste e implementación del procedimiento por perdida o accidente de usuarios.<br>15. se Apoyó a la revisión, ajuste e implementación de los protocolos enfermedades infecto contagiosas de medicina y remisión a urgencias. 16. Apoyo a la revisión, ajuste e implementación del protocolo de seguimiento a riesgos y eventos adversos.<br>17. se Realizaron toma de registro de soportes físicos y digitales de actividades generales realizadas dentro del centro del adulto mayor.<br>18. se realizaron Las demás actividades que derivadas de su perfil sean necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos del programa.<br>19. se Trasladó a los usuarios y acompañantes al servicio médico requerido y traslados de emergencia entradas y salidas de hospitalización. | |



Certificate No
LAT - 0969

| ACTIVIDAD No. (relacione las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual) | EJECUCION (describa sus acciones o actividades realizadas para el cumplimiento de esta actividad) | EVIDENCIAS (indique el medio de verificación, su ubicación física y el título que soporte esta actividad) |
|---|---|---|
| | 20. se realizó Apoyo y realizar acompañamiento en el trámite de servicios de medicina general, medicamentos y<br>medicina especializada de los adultos mayores, que impliquen el traslado de los mismos a lugares<br>externos al centro de bienestar. | |
| INSTRUCTOR EN MANUALIDADES A TODO COSTO:<br>Profesión: Título. TÉCNICO O INSTRUCTOR EN MANUALIDADES Y/O RECREACIONISTA.<br>Experiencia general: Un (01) año,<br>Experiencia específica: Un (01) año como capacitador y/o docente y/o instructor.<br>Dedicación: 100% | . 1. se realizaron actividades de acompañamiento y promoción de las habilidades cognitivas mediante el<br>desarrollo de actividades manuales de los adultos mayores según su nivel de dependencia.<br>2. Contaron con los elementos necesarios para llevar a cabo los talleres y/o jornadas creativas, esto es<br>materiales necesarios.<br>3. se realizaron actividades productivas que propendan por el mejoramiento de la calidad de vida con un grupo<br>mínimo de 15 a 20 adultos mayores.<br>4. se Implementó una feria de exposición bimensual promoviendo la confluencia de actores institucionales y<br>actores de base comunitaria.<br>5. se realizaron plan de trabajo que dé cuenta del número de productos mensuales a entregar de acuerdo con el nivel de capacidades de los adultos mayores. (Incluye materiales para el desarrollo de las<br>manualidades).<br>6. se realizó cronograma y seguimiento de las actividades desarrolladas con los adultos mayores. | 1. Cronograma de las actividades desarrolladas con los adultos mayores<br>2. Un informe mensual de las actividades realizadas relacionando los soportes.<br>3. Planillas de asistencia y/o reportes de la información a la base de datos<br>4. Registro fotográfico de cada una de las actividades desarrolladas. |
| AUXILIARES DE SERVICIOS GENERALES:<br>Experiencia general: Mayor a un (1) año.<br>Dedicación: Su dedicación será del 100% por cada auxiliar durante la ejecución del contrato. | 1. se realizaron las tareas conjuntas de limpieza e higiene de los muebles y enseres, equipos y similares destinados<br>para el uso y la atención de los adultos mayores beneficiarios.<br>2. se realizaron labores de limpieza a los espacios físicos, locación y demás espacios para la atención integral<br>de los adultos mayores.<br>3. se realizó la limpieza de los pasillos y demás áreas comunes de circulación diaria y cada vez que se evidencie suciedad aplicando los lineamientos establecidos en el programa de limpieza y desinfección.<br>4. se Clasifico de los desechos empacando desechos orgánicos, papeles y materiales sólidos y/o vegetales en bolsas separadas que se produzcan.<br><br>5. se realizaron actividades de limpieza a las prendas de vestir, ropa de cama y aseo general de las habitaciones | 1. Un informe mensual de las actividades realizadas, describiendo hallazgos, seguimiento y resultados, relacionando los soportes con sus respectivas planillas.<br>2. Planillas de servicios prestados a los beneficiarios atendidos que contenga como mínimo: nombre y<br>apellido, documento de identidad, procedimiento realizado y observaciones.<br>3. Registro fotográfico de todas y cada una de las actividades ejecutadas. |

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

| ACTIVIDAD No. (describa las actividades ejecutadas en el periodo que haya ejecutado en el informe actual) | EJECUCION (describa las acciones o actividades ejecutadas para el cumplimiento de esa actividad) | EVIDENCIAS (Adjunte a este informe las certificaciones y soportes en físico o digital que soporte esta actividad) |
|---|---|---|
| | Ø Hombre: Una (01) camiseta tipo polo marcada con los logos institucionales de acción social y alcaldía municipal de Yopal, un (01) pantalón de sudadera antifluido (los colores serán concretados con la supervisión), un (01) par de calzado tipo tenis en material sintético o lona, dos (02) pares de medias en algodón acorde a las tallas que requiera el adulto mayor, dos (02) prendas de ropa interior.<br>Ø Mujer: Una (01) camiseta tipo polo marcada con los logos institucionales de acción social y alcaldía municipal de Yopal, un (01) pantalón de sudadera antifluido (los colores serán concretados con la supervisión), un (01) par de calzado tipo tenis en material sintético o lona, dos (02) pares de medias en algodón acorde a las tallas que requiera el adulto mayor, dos (02) conjuntos de ropa interior conformada por brasier y panty.<br>Nota: Se entregará un (01) Kit cada tres (03) meses durante el plazo del objeto contractual. | |
| KIT DE PRENDAS VESTIR PARA CALLE : | Este KIT estará conformado por prendas de vestir tipo deportivas para adultos mayores compuesta por:<br>Ø Hombre: Una (01) camiseta tipo polo marcada con los logos institucionales de acción social y alcaldía municipal de Yopal, un (01) pantalón de sudadera antifluido (los colores serán concretados con la supervisión), un (01) par de calzado tipo tenis en material sintético o lona, dos (02) pares de medias en algodón acorde a las tallas que requiera el adulto mayor, dos (02) prendas de ropa interior.<br>Ø Mujer: Una (01) camiseta tipo polo marcada con los logos institucionales de acción social y alcaldía municipal de Yopal, un (01) pantalón de sudadera antifluido (los colores serán concretados con la supervisión), un (01) par de calzado tipo tenis en material sintético o lona, dos (02) pares de medias en algodón acorde a las tallas que requiera el adulto mayor, dos (02) conjuntos de ropa interior conformada por brasier y panty.<br>Nota: Se entregará un (01) Kit cada tres (03) meses durante el plazo del objeto contractual. | Las entregas se realizaron en el informe N 8 |
| **ASEO Y LAVANDERIA.** | Se cumplió con los siguientes requisitos<br>1. Químicos de aseo para áreas comunes.<br>2. Productos de aseo para ropa de cama y ropa de adulto mayor como (jabón en polvo, jabón en barra, suavizante, hipoclorito, removedor de manchas en ropa)<br>3. Utensilios de aseo como (escobas, recogedor, trapero, limpiones de tela o papel, guantes para hacer aseo, jabón líquido de platos, desinfectante de mesas, esponjas, cepillos de piso y de ropa, delantales, baldes, bolsas de basura, canecas de basura, eliminador de olores, limpia vidrios).<br>4. Electrodomésticos de aseo (lavadora, espacio de secado, plancha) | 1-Se evidencia en el ítem 2.8. |

| ACTIVIDAD No. describa las actividades realizadas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual | EJECUCION describa sus acciones o formulas para el cumplimiento de cada ítem. | EVIDENCIAS incluya el medio de verificación y el listado de ítems o folios que acompaña esta información |
|---|---|---|
| | El área de lavandería debe estar dotada de instalaciones sanitarias e hidráulicas adecuadas para el lavado y<br>planchado de ropa, las paredes y pisos deben estar adaptadas para su fácil aseo. adicionalmente debe contar<br>con todos los electrodomésticos y elementos pertinentes para lograr el cumplimiento de este ítem. | |
| 5. **COMPONENTE ALOJAMIENTO:** Con capacidad de cuarenta y dos (42) cupos, en el cual se realizará la prestación Alojamiento de los adultos mayores, un solo bien inmueble ubicado en el área urbana o rural (de ser rural debe estar en un perímetro de máximo 12 kilómetros del casco urbano del municipio de Yopal) del servicio a los adultos mayores, el inmueble deberá contar con los siguientes requisitos: | Se cumplió con los siguientes requisitos<br><br>ÁREA<br>Área general de 5400 mts2.<br>Área construida de construida de mínimo 2100 mts2.<br>El área debe contar con áreas comunes como estar o solario, espacio libre para desarrollar actividades, habitaciones, área de servicios generales, cocina, comedor, baños comunes, área de lavandería, zonas verdes.<br>HABITACIONES.<br>Amplias habitaciones de un solo piso con capacidad máxima de 2 a 3 camas, aptas para usuarios con movilidad<br>reducida, camas que incluyan colchoneta anti escaras, sabanas, cobija, almohada, plástico protector del<br>colchones, toallas, closet independiente y ventilación adecuada. Se debe tener en cuenta que si el adulto mayor<br>por temas de salud requiere cama especial debe contarse con la respectiva. 1. Comprende el alojamiento y estadía las 24 horas del día, de los adultos mayores tanto dependiente como independiente, en habitación compartida con cama individual y ropa de cama. El valor unitario estimado corresponde al valor de la mensualidad del hospedaje por cada adulto mayor.<br>2. Habitaciones de 2 a 3 camas por habitación Equipadas con closets o lockers, mesa de noche que garantice distanciamiento entre camas y contemplen los protocolos de distancia y acondicionamiento entre ellas, Camas individuales por adulto, que incluya colchonetas anti escaras y forros anti fluidos, sábanas, cobijas, almohada, Equipo de aire acondicionado o en su defecto ventilador.<br>3. Garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.<br>4. Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.<br>5. Contar con tanques de almacenamiento de agua, que garantiza 24 horas de servicio; y su construcción permite que durante la operación de limpieza y | 1-Registro fotográfico con especificaciones |

| ACTIVIDAD No. (relacione las actividades realizadas en el periodo que haya ejecutado en el periodo actual) | EJECUCION (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esa actividad) | EVIDENCIAS (indique el medio de verificación y su ubicación física o virtual que acredite esa actividad) |
|---|---|---|
| | desinfección no se interrumpa el suministro de agua.<br>HOSPEJADE<br>6. Área para el uso técnico de los elementos de aseo.<br>7. Los baños deben tener los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos o disponen de un ambiente específico para este proceso.<br>8. Si tiene escaleras o rampas, éstas son de material antideslizante en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados, que se prolongan antes del inicio y al final.<br>9. Las puertas de acceso a los cuartos que albergan usuarios con silla de ruedas permiten un fácil paso y giro de sillas de ruedas.<br>10. Contar con mecanismos de protección contra lesiones y evita condiciones del ambiente u objetos que puedan producir autolesiones en las personas mayores, lo que incluye: Los cables de instalación eléctrica no están en lugares de paso.<br>11. Deben contar con buena iluminación y temperatura agradable.<br>12. Las toma corrientes deben ser suficientes para evitar extensiones y los que no se encuentren en uso contaran con protectores en caso de que haya residentes con déficit cognitivo.<br>13. Los pasamanos son de material resistente a la humedad y no conductor de electricidad.<br>14. Los muebles están dispuestos para que no dificulten el paso; en la medida de lo posible deben tener bordes redondeados, ser estables y resistentes y las sillas preferiblemente con brazos para facilitar el ponerse de pie.<br>15. Los pisos de los baños son de material antideslizante o cuentan con elementos como tapetes antideslizantes.<br>16. Los tapetes cuentan con mecanismos seguros para fijarlos al piso.<br>17. Procurar que los elementos para la alimentación sean difícilmente rompibles.<br>18. Cuenta con planes para emergencias, desastres, seguridad e incendios.<br>19. Cuenta con procesos para la seguridad de los residentes, que incluyan registros de las entradas y salidas de cada uno de ellos y sobre la responsabilidad de custodia. | |
| **AUTORIZACIONES, PERMISOS Y LICENCIAS REQUERIDOS PARA LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL.** | Contamos con permiso de funcionamiento El inmueble en el que se prestará el servicio de alojamiento deberá contar con autorización de funcionamiento emitida por la entidad competente o soporte de trámite de la misma de acuerdo a los términos de ley y/o acreditación (certificación) de que se encuentra en trámite y su porcentaje de inspección técnica es superior al 85% para la prestación del servicio.. | Se anexa licencia de funcionamiento |

# INFORME DE ACTIVIDADES

| | |
|---|---|
| | FIRMA  |
| NOMBRE: | NOMBRE: UDMAN DAIRO PUERTA CARVAJAL |
| CARGO: | CARGO: LIDER PROGRAMA DE ADULTO MAYOR |
| APOYO A LA SUPERVISIÓN | SUPERVISOR DEL CONTRATO |



Certificate No
LAT - 0969

CASA CLUB
LOS CERROS

INFORMACIÓN GENERAL

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

**Factura electrónica de Venta: FE 534**
Fecha: 2024-02-23

CUFE:
dee21aff489f7200f3ce0308797e44685141fabd4aeee028644286e5f8b07c9671806e2dcfed1e3f3816d14776692973

---

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

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

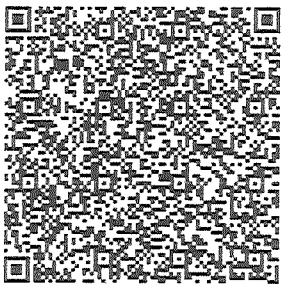
**Descripción:**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE ABANDONO, VULNERABILIDAD Y/O SIN RED DE APOYO EN EL HOGAR DE BIENESTAR DEL MUNICIPIO DE YOPAL.

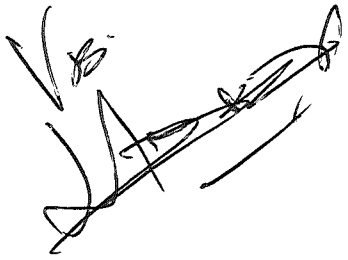
Descripcion de conceptos

| *Cantidad* | *Concepto* | *Valor AIva* | *Iva %* | *Valor Total* |
|---|---|---|---|---|
| 1 | COMPONENTE NUTRICIONAL, SERVICIOS PROFESIONALES, TÉCNICOS Y TRASLADO | 134,976,770.00 | 0.00 | 134,976,770.00 |
| 1 | SERVICIO DE ASEO, LAVANDERIA Y HOSPEDAJE | 27,768,359.00 | 19.00 | 33,044,348.00 |
| **SubTotal** | | | | **162,745,129.00** |
| **Valor Iva** | | | | **5,275,988,40** |
| **Anticipo** | | | | **0** |
| **Valor Total** | | | | **168,021,118.40** |

Resolucion DIAN 18764066011688 Fecha: 2024-02-22 del prefijo FE 533 al 1000 Habilita

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





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

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

Y

**EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL**
ANGELA TOBO SAAVEDRA
CC: 1.032.389.364

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

**CERTIFICAN:**

Que, CASA CLUB LOS CERROS S.A.S con Nit 900.884.446-9 ha dado cumplimiento oportuno y completo del periodo 28 de diciembre de 2023 al 27 de enero de 2024, con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto al sistema de seguridad social cuando a ello habido lugar, en cuanto a salud, pensiones, riesgos laborales y cuando ha sido el caso con los aportes al servicio nacional de aprendizaje, instituto colombiano de bienestar familiar y cajas de compensación familiar.

Se expide esta certificación a los 29 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,

**ELIDA PATRICIA RINCON**
**TP: 179382-T**
***CONTADOR PÚBLICO***

**ANGELA TOBO SAAVEDRA**
**CC: 1.032.389.364**
***REPRESENTANTE LEGAL***

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

6D33EAB5B0E45DEC

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ELIDA PATRICIA RINCON RINCON** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1118542892 de YOPAL (CASANARE) Y Tarjeta Profesional No 179382-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

Dado en BOGOTA a los 11 días del mes de Enero de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

**DIRECTOR GENERAL**

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

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

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

**179382-T**



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

**FECHA 04/07/2013**

**PRESIDENTE**

**LUIS EDUARDO FORERO VARGAS**

190738

107978

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogotá D.C.

www.ideqs.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.118.542.892**

**RINCON RINCON**

APELLIDOS

**ELIDA PATRICIA**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-1989**

**FLORESTA**
**(BOYACA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.53** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

**07-FEB-2008 YOPAL**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4600100-00324578-F-1118542892-20110819 **0027**90015A 1 1791436860



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.389.364
TOBO SAAVEDRA
APELLIDOS
ANGELA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1987
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-JUN-2005 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00338571-F-1032389364-20111001 0028196549A 1 1521526347

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14978945081

(415)7707212489984(8020) 000001497894508 1

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

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

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

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

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

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
KM 3 VIA SIRIVANA FCA EL DIAMANTE

42. Correo electrónico casaclubloscerros@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 1 3 7 6 9 1 1 9 | 3 1 6 5 7 8 7 1 6 0 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 5 7 1 4 1 6 5 2 5 5

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

### Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 06 / 08 : 35: 35

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

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

984. Nombre TOBO SAAVEDRA JUAN DIEGO
985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO

# NOVENO INFORME FINANCIERO

| | |
|---|---|
| FECHA | 15/02/2024 |
| CONTRATO DE SERVICIOS No. 1383 de 2023 | PERIODO COMPRENDIDO ENTRE DEL 28 DICIEMBRE 2023 AL 27 DE ENERO 2024 |
| OBJETO | PRESTACION DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA ATENCION INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICION DE ABANDONO, VULNERABILIDAD NO CON RED DE APOYO EN EL HOGAR DE BIENESTAR DEL MUNICIPIO DE YOPAL. |
| CONTRATISTA | CASA CLUB LOS CERROS SAS |
| NIT No. | 900444886-9 |
| REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA | ANGELA TOBO SAAVEDRA |
| C.C No. | 1032389364 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 1.260.056.897 |
| VALOR ADICIONAL N 1 | $ 296.233.570 |
| VALOR ADICIONAL N 2 | $ 333.783.278 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 1.890.073.745 |
| VALOR DEL ANTICIPO (30%) | $ 378.017.069 |
| VALOR 1 INFORME | $ 200.316.587 |
| VALOR 2 INFORME | $ 164.170.446 |
| VALOR 3 INFORME | $ 181.955.753 |
| VALOR 4 INFORME | $ 194.538.107 |
| VALOR 5 INFORME | $ 206.129.674 |
| VALOR 6 Y 7 INFORME | $ 417.233.990 |
| VALOR 8 INFORME | $ 132.763.050 |
| VALOR 9 INFORME | $ 168.021.118 |
| VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA | $ 168.021.118,40 |
| SALDO | $ 224.945.019 |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | NUEVE (9) MESES Y 10 DIAS |

| | | | SERVICIOS CONTRATADOS | | | | | INFORME 9 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ITEM | CODIGO UNSPSC | COMPONENTE | DESCRIPCION | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | CANT | VALOR UNITARIO | IVA | TOTAL EJECUTADO | VALOR A AMORTIZAR | VALOR A PAGAR | VALOR POR EJECUTAR | VALOR POR AMORTIZAR |
| 1 | 90101603 | NUTRICIONAL | Desayuno preparación y suministro diario a todo costo de desayuno para 42 adultos mayores dependientes e independientes. | UNIDAD | 7560 | $ 11.300 | $ 85.428.000 | 1234 | $ 11.300 | | $ 13.944.200 | 0 | $ 13.944.200 | $ 16.667.500,00 | 0 |
| 2 | 90101603 | | Almuerzo preparación y suministro diario a todo costo de desayuno para 42 adultos mayores dependientes e independientes. | UNIDAD | 7560 | $ 12.500 | $ 94.500.000 | 1233 | $ 12.500 | | $ 15.412.500 | 0 | $ 15.412.500 | $ 18.462.500,00 | 0 |
| 3 | 90101603 | | Cena preparación y suministro diario a todo costo de desayuno para 42 adultos mayores dependientes e independientes. | UNIDAD | 7560 | $ 11.000 | $ 83.160.000 | 1233 | $ 11.000 | | $ 13.563.000 | 0 | $ 13.563.000 | $ 16.192.000,00 | 0 |
| 4 | 90101603 | | Onces mañana y tarde (refrigerio) para 42 adultos mayores dependientes e independientes | UNIDAD | 15120 | $ 6.780 | $ 102.513.600 | 2466 | $ 6.780 | | $ 16.719.480 | 0 | $ 16.719.480 | $ 20.224.740,00 | 0 |
| 5 | 90101603 | SERVICIOS PERSONAL, PROFESIONALES Y TECNICOS | Acompañamiento nutricional para 42 adultos mayores independientes y dependientes, realizado por una (1) profesional en nutrición por mes. | PERSONA | 6 | $ 2.086.000 | $ 12.516.000 | 1 | $ 2.085.990 | | $ 2.085.990 | 0 | $ 2.085.990 | $ 1.738.325 | 0 |
| 6 | 90101603 | | Actividades de acompañamiento e identificación de la situación psicosocial, psicoafectiva para 42 adultos mayores independientes y dependientes, realizado por una (1) profesional en psicología por mes. | PERSONA | 6 | $ 3.632.935 | $ 21.797.610 | 1 | $ 3.632.940 | | $ 3.632.940 | 0 | $ 3.632.940 | $ 3.027.451 | 0 |
| 7 | 90101603 | | Actividades de acompañamiento y promoción de las habilidades físicas y de interacción socia encaminadas para 42 adultos mayores independientes y dependientes, realizado por una (1) profesional en fisioterapia por mes. | PERSONA | 6 | $ 3.632.935 | $ 21.797.610 | 1 | $ 3.632.940 | | $ 3.632.940 | 0 | $ 3.632.940 | $ 3.027.451 | 0 |
| 8 | 90101603 | | Actividades de identificación de condiciones de salud y fortalecimiento de condiciones que propenden por la calidad de vida y la promoción de la salud el autocuidado del cuerpo para 42 adultos mayores independientes y dependientes, realizado por una (1) profesional en jefe de enfermería por mes. | PERSONA | 6 | $ 3.632.935 | $ 21.797.610 | 1 | $ 3.632.940 | | $ 3.632.940 | 0 | $ 3.632.940 | $ 3.027.451 | 0 |
| 9 | 85151601 | | Coordinación de instalaciones y servicios proporcionados en el hogar de bienestar para 42 adultos mayores independientes y dependientes, realizado por una (1) profesional en administracion y/o contaduria por mes. | PERSONA | 6 | $ 3.632.935 | $ 21.797.610 | 1 | $ 3.632.940 | | $ 3.632.940 | 0 | $ 3.632.940 | $ 3.027.451 | 0 |
| 10 | 85121608 | | Servicios de auxiliares de enfermería para cuidado permanente durante 24 horas para 42 adultos mayores independientes y dependientes, realizado por diez (10) TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y/O TÉCNICO LABORAL EN ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR por mes. | MES | 60 | $ 2.928.744 | $ 175.724.640 | 30 | $ 29.875.500 | | $ 29.875.500 | 0 | $ 29.875.500 | $ 23.618.250 | 0 |
| 11 | 85101601 | | Actividades de acompañamiento y promoción de las habilidades cognitivas y/o productivas, que propendan al mejoramiento de calidad de vida de 42 adultos mayores independientes y dependientes, realizado por un (1) instructor de manualidades y/o recreacionista por mes. | PERSONA | 6 | $ 1.800.000 | $ 10.800.000 | 1 | $ 1.800.000 | | $ 1.800.000 | 0 | $ 1.800.000 | $ 600.000 | 0 |
| 12 | 80111600 | | Actividades de higiene y sanidad para 42 adultos mayores independientes y dependientes realizado por ocho (8) personas de servicios generales por mes. | PERSONA | 48 | $ 2.200.000 | $ 105.600.000 | 1 | $ 17.599.920 | | $ 17.599.920 | 0 | $ 17.599.920 | $ 14.666.600 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 85122101 | TRASLADO | Traslado de usuarios y acompañantes al servicio médico requerido y traslados de emergencias entradas y salidas de hospitalización | MES | 6 | $ 7.000.000 | $ 42.000.000 | 1 | $ 7.000.000 | | $ 7.000.000 | 0 | $ 7.000.000 | $ 10.733.318 | 0 | | | | |
| 14 | 85101601 | KIT DE ASEO PERSONAL | Crema dental con fluor con 60ml, con calcio, sabor original | UNIDAD | 252 | $ 4.600 | $ 1.159.200 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 689.724 | 0 | | | | |
| 15 | 20102301 | | Rollos de papel higiénico doble hoja | UNIDAD | 504 | $ 2.600 | $ 1.310.400 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 779.688 | 0 | | | | |
| 16 | 80111600 | | Jabones en barra | UNIDAD | 504 | $ 3.500 | $ 1.764.000 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 1.049.580 | 0 | | | | |
| 17 | 80111600 | | Cepillo de dientes, 3 entregas | UNIDAD | 84 | $ 3.100 | $ 260.400 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ - | 0 | | | | |
| 18 | 53131502 | | Desodorante 20 gr | UNIDAD | 252 | $ 7.650 | $ 1.927.800 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 1.147.041 | 0 | | | | |
| 19 | 14111704 | | Shampoo de mínimo 150 ml | UNIDAD | 252 | $ 12.800 | $ 3.225.600 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 1.919.232 | 0 | | | | |
| 20 | 53131608 | | Talco para los pies de mínimo 60gramos | UNIDAD | 252 | $ 6.200 | $ 1.562.400 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 929.628 | 0 | | | | |
| 21 | 53131503 | | Prestobarbas | UNIDAD | 504 | $ 2.800 | $ 1.411.200 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 839.664 | 0 | | | | |
| 22 | 53131606 | | Una (1) crema hidratante 120ml | UNIDAD | 252 | $ 16.100 | $ 4.057.200 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 2.414.034 | 0 | | | | |
| 23 | 53121602 | KIT ADICIONAL DEPENDIENTES | Pañales desechables para adulto | UNIDAD | 22500 | $ 4.950 | $ 111.375.000 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 42.712.015 | 0 | | | | |
| 24 | 53131614 | | Paquetes de pañitos humedos, por ochenta (80) unidades | PAQUETE | 450 | $ 12.980 | $ 5.841.000 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 1.158.465 | 0 | | | | |
| 25 | 53131603 | | Cajas de guantes de latex, por cien (100) unidades | CAJA | 300 | $ 48.000 | $ 14.400.000 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 4.798.080 | 0 | | | | |
| 26 | 53131615 | | Crema anty escara por 400gr | UNIDAD | 75 | $ 82.680 | $ 6.201.000 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 3.246.844 | 0 | | | | |
| 27 | 53102306 | | Caja de tapabocas, por cincuenta (50) unidades | CAJA | 150 | $ 34.320 | $ 5.148.000 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 2.327.926 | 0 | | | | |
| 28 | 53121624 | | Gorro quirurgico bioseguridad forma oruga paquete x 50 unds | PAQUETE | 150 | $ 27.500 | $ 4.140.000 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | $ 921.100 | 0 | | | | |
| 29 | 42132201 | KIT VESTUARIO | KIT DE PRENDAS DEPORTIVAS PARA ADULTOS MAYORES | KIT | 84 | $ 210.000 | $ 17.640.000 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | -$ 0 | 0 | | | | |
| 30 | 53131613 | | KIT DE PRENDAS PARA DORMIR PARA ADULTOS MAYORES | KIT | 84 | $ 125.000 | $ 10.500.000 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | -$ 0 | 0 | | | | |
| 31 | 42131606 | | KIT DE PRENDAS DE VESTIR PARA CALLE PARA ADULTOS MAYORES | KIT | 84 | $ 259.600 | $ 21.806.400 | | 0 | | $ - | 0 | $ - | -$ 0 | 0 | | | | |
| 32 | 42131611 | ASEO | SERVICIO DE ASEO Y LAVANDERIA para adultos independientes como dependientes en un total de 40 adultos | MES | 6 | $ 3.900.000 | $ 23.400.000 | 1 | $ 3.900.000 | $ 741.000 | $ 4.641.000 | 0 | $ 4.641.000 | $ 3.497.000 | 0 | | | | |
| 33 | 91111703 | URGENCIAS | URGENCIAS VITALES: Recurso extraordinario implementado en caso de necesidad inminente por circunstancias que no puedan ser previsibles como emergencias médicas y traslados prioritarios. | MONTO | 1 | $ 8.000.000 | $ 8.000.000 | 1 | $ 2.444.420 | | $ 2.444.420 | 0 | $ 2.444.420 | | 0 | | | | |
| 34 | 91111703 | HOSPEDAJE | HOSPEDAJE: Alojamiento y estadía las 24 horas del día en habitación compartida con cama individual y ropa de cama, para 42 adultos independientes e dependientes. | MES | 6 | $ 23.868.348 | $ 143.210.085 | 1 | $ 23.868.360 | $ 4.534.988 | $ 28.403.348 | 0 | $ 28.403.348 | $ 21.401.965 | 0 | | | | |
| | | | | | | | | | | $ 5.275.988 | $ 168.021.118 | | $ 168.021.118 | | | | | | |

Firma

Proponente CASA CLUB LOS CERROS SAS

Nit 900.884.446-9

R/L Angela Tobo Saavedra

C.C. No. 1.032.389.364 de Bogotá D.C

FIRMA

DOMAN DAIRO PUERTA

DGER DEL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR

MUNICIPIO DE YOPAL

SUPERVISOR DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| VALOR EJECUTADO | $ 168.021.118,40 |
| VALOR A AMORTIZAR | $ - |
| VALOR DEL IVA | $ 5.275.988,40 |
| VALOR TOTAL A PAGAR | $ 168.021.118,40 |

INFORME 9

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| NIT 900884446 | 9 | CASA CLUB LOS CERROS SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | CASA CLUB LOS CERROS | CARRERA 26 18 - 69 | YOPAL-CASANARE | 6322728 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-12 | 2024-01 | 365726241 | 9460821218 | E | 2024/01/12 | 2023/12/28 | NEQUI | 0 | $1,560,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 1032389364 | TOBO SAAVEDRA ANGELA | 25-14 | 30 | $5,000,000 | $850,000 | EPS005 | 30 | $5,000,000 | $200,000 | CCF69 | 30 | $5,000,000 | $200,000 | 14-23 | 30 | $5,000,000 | $26,100 | 30 | $0 | $0 |
| 2 | CC | 80721477 | TOBO SAAVEDRA JUAN DIEGO | 231001 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF69 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $6,100 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 2)** | | | $6,160,000 | $1,035,600 | | | $6,160,000 | $246,400 | | | $6,160,000 | $246,400 | | | $6,160,000 | $32,200 | | $0 | $0 |

**RESUMEN DE PAGO**

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



2023/12/28 12:25 PM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 900884446 | 9 | CASA CLUB LOS CERROS SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | CASA CLUB LOS CERROS | CARRERA 26 18 - 69 | YOPAL-CASANARE | 6322728 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-01 | 2024-02 | 454867896 | 9462106501 | E | 2024/02/12 | 2024/02/14 | NEQUI | 2 | $1,547,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 1032389364 | TOBO SAAVEDRA ANGELA | 25-14 | 30 | $5,000,000 | $800,000 | EPS005 | 30 | $5,000,000 | $200,000 | CCF69 | 30 | $5,000,000 | $200,000 | 14-23 | 30 | $5,000,000 | $26,100 | 30 | $0 | $0 |
| 2 | CC | 80721477 | TOBO SAAVEDRA JUAN DIEGO | 231001 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS005 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | CCF69 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $6,800 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 2)** | | | | | $6,300,000 | $1,008,000 | | | $6,300,000 | $252,000 | | | $6,300,000 | $252,000 | | | $6,300,000 | $32,900 | | $0 | $0 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 2) | | | | 2 | $1,008,000 | $1,900 | $0 | $1,009,900 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $208,000 | $400 | $0 | $208,400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $800,000 | $1,500 | $0 | $801,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 2 | $32,900 | $100 | $0 | $33,000 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 2 | $32,900 | $100 | $0 | $33,000 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 2 | $252,000 | $500 | $0 | $252,500 |
| COMFACASANARE | CCF69 | 844,003,392 | 8 | 2 | $252,000 | $500 | $0 | $252,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 2 | $252,000 | $500 | $0 | $252,500 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 2 | $252,000 | $500 | $0 | $252,500 |
| TOTAL | | | | 2 | $1,544,900 | $3,000 | $0 | $1,547,900 |



2024/02/23 11:42 AM