Fundación de la Divina Misericordia Arca de Noé	80	24	30%
Asociación Ciudad Futuro	85	26	31%
Fundación Canes	71	21	30%
Alegría de Servir	68	25	37%
Centro de Bienestar de ancianos San Jose	85	34	40%
% AM que usan Pañal en Centros de Protección			33%

De lo anterior se tiene que para un promedio aproximado de 505 adultos mayores, atendidos en centros de Protección del Municipio de Pereira, el 33% usan pañal.

El número de cupos que se atenderán con el convenio es de 511, por consiguiente, se determina el número de AM que utilizan pañal y los que no utilizan así:

ADULTOS MAYORES QUE USAN PAÑAL: 511x 33% =169
ADULTOS MAYORES QUE NO USAN PAÑAL: 511x 67%= 342

Finalmente, se procede a establecer el valor del cupo para la atención del Adulto mayor en centro de protección de la siguiente manera:

VALOR PROMEDIO MENSUAL POR ADULTO MAYOR CON EL COMPONENTE DE HIGIENE (adultos mayores que utilizan pañal)

VALOR PROMEDIO MENSUAL DE COSTOS FIJOS (TALENTO HUMANO Y ALOJAMIENTO) PARA LA ATENCION INTEGRAL DE UN ADULTO MAYOR	$ 1.322.379
VALOR PROMEDIO MENSUAL DE SUMINISTROS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE UN ADULTO MAYOR	$ 1.924.648
VALOR PROMEDIO MENSUAL PARA LA ATENCION INTEGRAL DE UN ADULTO MAYOR	**$ 3.247.027**

VALOR PROMEDIO MENSUAL DEL CUPO SIN EL COMPONENETE DE HIGIENE (Adultos mayores que no utilizan pañal).

VALOR PROMEDIO MENSUAL DE COSTOS FIJOS (TALENTO HUMANO Y ALOJAMIENTO) PARA LA ATENCION INTEGRAL DE UN ADULTO MAYOR	$ 1.322.379

VALOR PROMEDIO MENSUAL DE SUMINISTROS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE UN ADULTO MAYOR	$ 1.431.634
VALOR PROMEDIO MENSUAL PARA LA ATENCION INTEGRAL DE UN ADULTO MAYOR	**$ 2.754.013**

4.2 VALOR TOTAL DEL PROYECTO: El Valor del Proyecto para atender 511 adultos mayores en centro de Protección del Municipio de Pereira, corresponde a **OCHO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL CINCUENTA Y CUATRO PESOS MCTE. ($8.943.720.054).**

El cual se determinó de la siguiente manera:

VALOR CUPO CON EL COMPONENTE DE HIGIENE	**$ 3.247.027**
ADULTOS MAYORES A ATENDER	169
PLAZO DE EJECUCION	6
SUBTOTAL	**$ 3.292.485.378**

VALOR CUPO SIN COMPO DE HIGIENE	**$ 2.754.013**
ADULTOS MAYORES A ATENDER	342
PLAZO DE EJECUCION	6
SUBTOTAL	**$ 5.651.234.676**

VALOR TOTAL DEL PROYECTO	**$ 8.943.720.054**

4.3 PRESUPUESTO OFICIAL:

El valor del Presupuesto Oficial para la ejecución del convenio corresponde a la suma **de SIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CUARENTA Y TRES PESOS MCTE. ($7.154.976.043)** respaldados mediante CDP Nro. 1333 del 7 de febrero de 2024, que corresponde al 80% del valor del proyecto, valor máximo que el municipio está dispuesto a aportar para la ejecución del convenio.

4.4 VALOR DEL CONVENIO

El valor del convenio, será el que resulte de la suma de los aportes del Municipio y el valor del aporte de la ESAL, sea en dinero o en especie.

4.5 CONDICIONES PARA LOS APORTES REALIZADOS POR LA ESAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO DE ASOCIACIÓN:

El Municipio tendrá en cuenta, el mayor valor de cofinanciación ofrecido por la ESAL, sea en dinero o en especie, para la ejecución conjunta del convenio de asociación. El aporte de la ESAL, no deberá ser inferior al valor mínimo requerido para cubrir el valor total estimado del

convenio de asociación, teniendo en cuenta el valor total del proyecto y el presupuesto oficial del municipio para la ejecución del mismo.

La ESAL deberá indicar, según la estructura de costos definida por el municipio, en qué bienes y servicios estaría representado.

El Municipio realizará el proceso de comparación, únicamente con las ofertas que cumplan plenamente con los requisitos mínimos jurídicos y técnicos, señalados en la invitación pública.

En el caso de presentarse **UNICA oferta**, y que luego de ser evaluada, cumpla con los requisitos mínimos habilitantes requeridos en la invitación pública y en los estudios previos del proceso y comprometa los recursos en dinero o en especie no inferior al valor mínimo requerido para cubrir el valor total estimado del convenio de asociación, éste será adjudicado a esta única oferta.

4.51 FORMA DE ACREDITAR EL APORTE EN DINERO O EN ESPECIE PARA LA COFINANCIACIÓN DEL CONVENIO:

Para acreditar este componente, la ESAL deberá anexar una certificación firmada por el representante legal y el Revisor Fiscal de la Entidad donde acredite su compromiso de disponer y aportar el valor de la contrapartida respectiva para la ejecución del convenio.

Nota 1: Si la ESAL no está obligada a tener Revisor Fiscal, deberá señalarlo por escrito en documento debidamente motivado con sustento legal, situación que será verificada por el Municipio de Cartago.

Nota 2: Para las ESAL, obligadas legalmente, a tener revisor fiscal, está condición será verificada en los estatutos o en el Certificado de existencia y representación legal y en el RUT, donde se registran los órganos de control.

Nota 3: Los documentos donde se exija la firma del revisor Fiscal de la ESAL, éste deberá aportar tarjeta profesional, certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Junta Central de Contadores con una vigencia no superior a treinta (30) días anteriores a la fecha de entrega de la documentación., y fotocopia de la cédula.

PLAZO: El plazo del convenio será de seis (6) meses, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin que exceda el 30 de diciembre de 2024.

4.6 FORMA DE DESEMBOLSO DEL APORTE DEL MUNICIPIO: El Municipio realizará los desembolsos de sus aportes de la siguiente manera:

El aporte del municipio se hará mediante actas parciales mes vencido, términos contados a partir de la suscripción del acta de inicio, el desembolso se realizará por cada adulto mayor atendido, teniendo en cuenta el valor del cupo mes, pagos hasta completar el total del aporte del Municipio según disposición del PAC previo recibo de metodologías para el desarrollo de los alcances y de la ejecución de las actividades y las obligaciones derivadas del objeto del

convenio de asociación y su aceptación a satisfacción por parte del Municipio de Pereira, certificado por la Supervisión asignada.

El aporte del asociado se acreditará con la presentación de la propuesta, la cual deberá contener la forma y valor del aporte.

Los aportes de LA ESAL, se verán reflejados mediante informe de ejecución de actividades del convenio.

En este sentido, dependiendo del aporte ofrecido por la Entidad sin ánimo de lucro que resulte seleccionada, los aportes se distribuirán de la siguiente manera:

ENTIDAD	%	VALOR UNITARIO APORTES EN DINERO O EN ESPECIE
MUNICIPIO DE PEREIRA	xx	$xx
ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO	xx	$xx
TOTAL DEL CONVENIO	**100%**	**$**

5. ANÁLISIS DE RIESGOS PARA CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

El Municipio de Pereira a través de la Secretaría de Desarrollo Social y Político encuentra en la presente contratación como riesgos previsibles durante la ejecución del convenio los siguientes que el contratista asume directa y totalmente:

TIPIFICACIÓN DEL RIESGO	ESTIMACION		ASIGNACION	CONTROL
	PROBABILIDAD	IMPACTO		
	Alta	Alta		
	Media – Alta	Media–Alta		
	Media - Baja	Media– Baja		
	Baja	Baja		

Riesgo Económico	No inversión del recurso en el desarrollo de las actividades y conforme a la propuesta anexa	Media – Baja	Media - Alta	Contratista	Permanente monitoreo y seguimiento desde laSupervisión del Convenio de Asociación para verificar lacorrecta inversión de los recursos
Riesgo Operacional	Inadecuada ejecución delas actividades de acuerdo alos cronogramas y en el número de horas y personas a beneficiar establecidas en propuesta anexa	Media	Media	Municipio	Permanente monitoreo y seguimiento desde la Supervisión del Convenio de Asociación.

Riesgo Social Político	Reclamación es de terceros sobre la modalidad de contratación establecida	Baja	Alta	Municipio	Estricta sujeción a la normatividad que rigela contratación estatal

Riesgo Operaciónal	Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales , daños a terceros.	Media	Alta	Contratista	Corresponde al contratista ampararse conlos instrumentos de seguridadsocial, prevención y aseguramiento de riesgoslaborales, así como lasrespectivas pólizas de responsabilidad

Riesgo Regulatorio	Cambios en el ordenamiento jurídico que inciden de manera indirecta en laejecución del convenio afectando su ecuación económica	Media – Baja	Media - Baja	Contratista yla Entidad	Verificación y análisis constante delos cambios normativos que puedan incidiren el convenio con el acompañamient o de la Secretaria Jurídica del Municipio de Pereira
Riesgo Operacional	No pago de salarios y prestaciones sociales.	Media	media	Contratista	Corresponde al contratista ampararse conlos instrumentos de seguridad social, con los que se garantice el cumplimiento.

Todos aquellos riesgos asociados al cumplimiento del convenio según la naturaleza del objeto y por los porcentajes que señale la administración Municipal de acuerdo a la normatividad

PARÁGRAFO SEGUNDO: Para efectos de la vigencia de la póliza exigida en la presente cláusula su término se contará a partir de la firma del acta de iniciación de actividades.

Las Cauciones deberán construirse a favor del MUNICIPIO DE PEREIRA.

Si el Asociado se negare a constituir las garantías, el Municipio dará por terminado el convenio en el estado en que se encuentre, sin que por este hecho deba reconocerse indemnización alguna.

Se firma a los veinte (20) días del mes de febrero del año 2024.

MARTHA CECILIA ALZATE ALZATE
Secretaria de Desarrollo Social y Político

JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS
Subsecretario de Grupos Vulnerables
y Programas Especiales

1552 Canes

Tomo 1a

Identificación del contrato

ID del contrato en SECOP	CO1.PCCNTR.6018857
Versión del contrato	1
Estado de contrato	En ejecución
Fecha de generación del estado	8 días de tiempo transcurrido *(28/02/2024 12:34:38 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Número del contrato	1552-2024
Objeto del contrato	AUNAR ESFUERZOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS OPERATIVOS Y FINANCIEROS PARA BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION ADULTA MAYOR EN VULNERABILIDAD SOCIAL Y FAMILIAR A TRAVES DE LOS CENTROS DE PROTECCION SOCIAL UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA
Tipo de Contrato	Decreto 092 de 2017
¿Asociado a otro contrato?	☐Sí ☑No
Duración del contrato	6 Meses
Fecha de inicio de contrato	3 días de tiempo transcurrido *(4/03/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	3/09/2024 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Tiempo adiciones en días	0 días
Liquidación	☑Sí ☐No *
Fecha de inicio de liquidación	1/11/2024 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha fin de liquidación	31/12/2024 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Obligaciones Ambientales	☐Sí ☑No *
Obligaciones pos consumo	☐Sí ☑No *
Reversión	☐Sí ☑No *

Información de la Entidad Estatal contratante

MUNICIPIO DE PEREIRA- OFICIAL

COLOMBIA, Pereira

0 Recomendación (es)

Información del Proveedor contratista

FUNDACIÓN CANES

COLOMBIA, Pereira
Número de documento 900312087

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
FUNDACIÓN CANES CENTRO DE REHABILITACIÓN ECUESTRE DE RISARALDA	BANCO BBVA	Ahorros	

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: MARGARITA ARISTIZABAL JARAMILLO — *Fecha de aprobación:* 1/03/2024 3:28:05 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: MARTHA CECILIA ALZATE ALZATE — *Fecha de aprobación:* 1/03/2024 4:30:47 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Contrato Firmado: CO1_PCCNTR_6018857_Firmado
Contrato en ejecución:

Documentos Tipo

Documentos Tipo	No	Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020

Decreto 248 de 2021

¿Debe cumplir con invertir mínimo el 30% de los recursos del presupuesto destinados a comprar alimentos, cumpliendo con lo establecido en la Ley 2046 de 2020, reglamentada por el Decreto 248 de 2021?	☐Sí ☑No	El decreto 248 de 2021, obliga a las entidades que manejen recursos públicos, a adquirir alimentos comprados a pequeños productores agropecuarios y/o de la Agricultura Campesina, Familiar o Comunitaria locales y sus organizaciones, mínimo el (30%) del presupuesto destinados a la compra de alimentos

Sentencia T-302 de 2017

Contrato asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017	☐Sí ☑No	Sentencia que declara el estado de Cosas Inconstitucionales en relación con los derechos de los niños del pueblo Wayúu.

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega: A definir

Configuración financiera - Configuraciones generales

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐Sí ☑No

Configuración financiera - Garantías

¿Solicitud de garantías? ☑Sí ☐No

Garantías por lotes, grupos o etapas ☑Sí ☐No

Seriedad de la oferta ☐Sí ☐No

Cumplimiento ☑Sí ☐No

- ☑ Cumplimiento del contrato
- ☑ Pago de salarios
- ☑ Calidad del servicio

Responsabilidad civil extra contractual ☑Sí ☐No

☑No. de SMMLV 200

Fecha límite para entrega de garantías: 3 días de tiempo transcurrido *(4/03/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: 6 días de tiempo transcurrido *(1/03/2024 5:07:05 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Documento explicativo de las garantías

Nombre	Clasificación del documento	Descripción		
ANALISIS DEL RIESGO y garantías exigidas.pdf	-	ANALISIS DEL RIESGO y garantías exigidas.pdf	Descargar	Detalle

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	
CO1.WRT.13848887	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato ⚠	Contrato de seguro	562.291.918,00 COP	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	31/08/2027 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aprobada	Detalle

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? ☐Sí ☑No

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago Abono en cuenta

Plazo de pago de la factura 30 días

Comentarios

Número del Contrato CO1.PCCNTR.6018857
Proveedor FUNDACIÓN CANES CENTRO DE REHABILITACIÓN ECUESTRE DE RISARALDA
Creado por
Agregado en -
Comentario

Anexos del contrato

	Descripción	Nombre		
☐	CLAUSULADO CANES.pdf	CLAUSULADO CANES.pdf	Descargar	Detalle

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones Carrera 7 N° 18-55
Ubicación CO-RIS-66001 - Pereira
País COLOMBIA
Departamento Risaralda
Municipio Pereira
Dirección Carrera 7 N° 18-55
Código postal 66001

	Grados (°)	Minutos (')	Segundos (")
Latitud:			
Longitud:			

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación

1 CO1.PCCNTR.6018857

1.1 Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal

						Precio total estimado	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
						7.154.976.043,00	1.209.167.672,00
Ref. Artículo	Código UNSPSC	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio unitario estimado	Precio unitario	Precio total estimado	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
1	93141506	SERVICIOS DE BIENESTAR SOCIAL	1,00	UN	7.154.976.043,00	1.209.167.672,00	7.154.976.043,00	1.209.167.672,00

Configuraciones de documentos del proveedor

Plazo máximo para el proveedor entregar los documentos de adjudicación: -
Fecha de entrega de documentos del proveedor: -

Documentos del contrato

Descripción	Nombre del documento	Detalle
3 RESOLUCION 1003 DEL 28 DE FEBRERO DE 2024.pdf	3 RESOLUCION 1003 DEL 28 DE FEBRERO DE 2024.pdf	(detalle)
CANES OFERTA.zip	CANES OFERTA.zip	(detalle)
CLAUSULADO CANES.pdf	CLAUSULADO CANES.pdf	(detalle)
notificacion canes.pdf	notificacion canes.pdf	(detalle)

Asignaciones para el seguimiento

Ordenador del Gasto	MARTHA CECILIA ALZA	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	42086853	Guardar y notificar
Supervisor	JAIME ARISTOBULO ME	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	18602004	Guardar y notificar

Asignaciones Ordenador del pago

Ordenador del pago	MARTHA CECILIA ALZA	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	42086853	Guardar y notificar

Agregar usuario

Histórico de asignaciones

Posición	Nombre	Fecha de seguimiento	Cambiado por
Ordenador del Gasto	MARTHA CECILIA ALZATE ALZATE	6 días de tiempo transcurrido *(1/03/2024 4:30:47 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	MARTHA CECILIA ALZATE ALZATE
Supervisor	JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS	6 días de tiempo transcurrido *(1/03/2024 4:30:47 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	MARTHA CECILIA ALZATE ALZATE
Ordenador del pago	MARTHA CECILIA ALZATE ALZATE	6 días de tiempo transcurrido *(1/03/2024 4:30:47 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	MARTHA CECILIA ALZATE ALZATE

Información presupuestal

Proyecto del Plan Marco para la Implementación del Acuerdo de Paz o asociado al Acuerdo de Paz ☐Sí ☑No * Gasto Posconflicto como aquel relacionado con el Plan Marco de Implementación (CONPES 3932) derivado de intervenciones en cumplimiento del Acuerdo.

Destinación del gasto Inversión

Fuente de los recursos:		**Valor**
Presupuesto General de la Nación - PGN	☐Sí ☑No *	
Sistema General de Participaciones - SGP	☐Sí ☑No *	
Sistema General de Regalías - SGR	☐Sí ☑No *	
Recursos Propios (Alcaldías y Gobernaciones)	☑Sí ☐No *	951.977.413
Recursos de Crédito	☐Sí ☑No *	
Otros Recursos (Especie, Privados, Cooperación, Propios Entidades Autónomas)	☑Sí ☐No *	257.190.259
	Total	1.209.167.672

Validación Código BPIN

	Código BPIN	Año	Estado
☐	2020660010068	2024	Validado

Entidad Estatal registrada en el SIIF ☐Sí ☑No

CDP/Vigencias Futuras (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP o una AVF Extraordinaria si es el caso)

	Código	Tipo	Estado	Saldo	Saldo a comprometer	Código unidad/subunidad ejecutora	
☐	1333	CDP	No validado	8.361.211.605 COP	951.977.413 COP	00-00-00	Editar

Saldo de CDP 8.361.211.605 COP
Saldo de vigencias futuras 0 COP
Saldo total a comprometer 951.977.413 COP
Última consulta a SIIF
Fecha de consulta SIIF -

Compromiso presupuestal de gastos

POR MEDIO DE LA CUAL SE ADJUDICA EL PROCESO DE REGIMEN ESPECIAL COMPETITIVO - CONVENIO DE ASOCIACION Nº SDSP-RE-013-2024

MARTHA CECILIA ALZATE ALZATE, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 42.086.853 expedida en Pereira, en su calidad de delegada del alcalde, según consta en decreto 6 del 2 de enero de 2024, autorizado para contratar por el acuerdo No. 22 del 5 de diciembre del 2023, expedido por el Concejo Municipal, y en ejercicio de la competencia otorgada por el articulo 11 numeral 3 literal b de la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 092 de 2017 y demás decretos reglamentarios

CONSIDERANDO:

Que, la administración Municipal – Secretaria de Desarrollo Social y Político realizó publicación de PROCESO DE REGIMEN ESPECIAL COMPETITIVO - CONVENIO DE ASOCIACION Nº **SDSP-RE-013-2024**, que tiene por objeto "UNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS, OPERATIVOS Y FINANCIEROS PARA BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION ADULTA MAYOR EN DESPROTECCION SOCIAL Y FAMILIAR A TRAVÉS DE LOS CENTROS DE BIENESTAR UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA" en la plataforma transaccional SECOP II, el día 10 de febrero de 2024

Que el municipio de Pereira en uso de sus facultades desarrolló y dio publicidad a través de la plataforma electrónica SECOP II, a los documentos contractuales, el análisis del sector, los estudios previos; el cuestionario de condiciones electrónico junto con sus anexos y demás documentos requeridos para este tipo de procesos.

Que el Municipio de Pereira pagará el valor de la presente contratación con cargo al presupuesto de la actual vigencia al siguiente CDP, expedido por la Subsecretaria de asuntos financieros: CDP No **1333** de 7 de febrero de 2024 por valor de $8.361.211.605 para la vigencia 2024.

Que el cierre para la presentación de las propuestas fue el día 22 de febrero de 2024 a las 9:00 AM.

Que, se recibieron siete (7) propuestas por parte de las siguientes entidades sin ánimo de lucro así: FUNDACIÓN CANES, FUNDACION DEL SEÑOR DE LA DIVINA MISERICORDIA ARCA DE NOE, FUNDACIÓN ALEGRÍA DE SERVIR, ASOCIACION CIUDAD FUTURO, CBA SAN JOSE, ASOCIACION HOGAR DEL ABUELO DIVINOPASTOR, FUNDACIÓN VIDA CON PROPOSITOQue, el día 22 de FEBRERO de 2024, el comité evaluador se reunió para verificar los requisitos jurídicos, técnicos, presupuestales entre otros del presente proceso, para posteriormente el 24 de febrero de 2024 publicar informe preliminar de evaluación de las ofertas presentadas dando hasta el 26 de febrero de 2024 la posibilidad de subsanar y/o observar el informe preliminar de evaluación hasta las 23:59 pm.

Que, el 27 de febrero de 2024 el comité evaluador se reunió para verificar los requisitos subsanados donde también se evidenció que durante el traslado no se presentaron observaciones

Que el comité evaluador expidió informe de evaluación definitivo recomendando adjudicar a los proponentes **FUNDACIÓN CANES, FUNDACION DEL SEÑOR DE LA DIVINA MISERICORDIA ARCA DE NOE, FUNDACIÓN ALEGRÍA DE SERVIR, ASOCIACION CIUDAD FUTURO, CBA SAN JOSE, ASOCIACION HOGAR DEL ABUELO DIVINO PASTOR, FUNDACIÓN VIDA CON PROPOSITO** para un total de 511 cupos por la suma de hasta OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL DOSCIENTOS OCHO PESOS M/CTE. **Incluidos impuestos. ($ 8.664.600.208),** donde **el Municipio de Pereira** Aportará SEIS MIL

POR MEDIO DE LA CUAL SE ADJUDICA EL PROCESO DE REGIMEN ESPECIAL COMPETITIVO - CONVENIO DE ASOCIACION Nº SDSP-RE-013-2024

OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. **Incluidos impuestos. ($ 6.848.659.630), y los Asociados** aportarán MIL OCHOCIENTOS QUINCE **MILLONES** NOVECIENTOS CUARENTA **MIL** QUINIENTOS SETENTA Y OCHO **PESOS M/CTE ($1.815.940.578)** distribuidos los aportes y cupos de la siguiente manera:

PROPONENTE	ALEGRIA DE SERVIR	ARCA DE NOE	SAN JOSE	DIVINO PASTOR
CUPOS	**67**	**80**	**87**	**65**
APORTE FUNDACION	$ 233.695.866	$ 289.791.840	$ 289.048.626	$ 235.455.870
APORTE MUNIICPIO	$ 927.802.725	$ 1.028.850.753	$ 1.148.816.110	$ 900.729.035
TOTAL CONVENIO	**$ 1.161.498.591**	**$ 1.318.642.593**	**$ 1.437.864.736**	**1.136.184.905**

PROPONENTE	CANES	CIUDAD FUTURO	VIDA CON PROPOSITO
CUPOS	**71**	**85**	**56**
APORTE FUNDACION	$ 257.190.258	$ 307.903.830	$ 202.854.288
APORTE MUNIICPIO	$ 951.977.413	$ 1.127.788.881	$ 762.694.712
TOTAL CONVENIO	**$ 1.209.167.671**	**$ 1.435.692.711**	**$ 965.549.000**

Que, En mérito de lo expuesto, la delegada del Alcalde

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Adjudicar el proceso de PROCESO DE REGIMEN ESPECIAL COMPETITIVO - CONVENIO DE ASOCIACION Nº **SDSP-RE-013-2024**, a los proponentes **FUNDACIÓN CANES, FUNDACION DEL SEÑOR DE LA DIVINA MISERICORDIA ARCA DE NOE, FUNDACIÓN ALEGRÍA DE SERVIR, ASOCIACION CIUDAD FUTURO, CBA SAN JOSE, ASOCIACION HOGAR DEL ABUELO DIVINO PASTOR, FUNDACIÓN VIDA CON PROPOSITO**. para un total de 511 cupos por la suma de hasta OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL DOSCIENTOS OCHO PESOS M/CTE. **Incluidos impuestos. ($ 8.664.600.208),** donde **el Municipio de Pereira** Aportará SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. **Incluidos impuestos. ($ 6.848.659.630), y los Asociados** aportarán MIL OCHOCIENTOS QUINCE **MILLONES** NOVECIENTOS CUARENTA **MIL** QUINIENTOS SETENTA Y OCHO **PESOS M/CTE ($1.815.940.578)** distribuidos los aportes y cupos de la siguiente manera:

POR MEDIO DE LA CUAL SE ADJUDICA EL PROCESO DE REGIMEN ESPECIAL COMPETITIVO - CONVENIO DE ASOCIACION Nº SDSP-RE-013-2024

PROPONENTE	ALEGRIA DE SERVIR	ARCA DE NOE	SAN JOSE	DIVINO PASTOR
CUPOS	67	80	87	65
APORTE FUNDACION	$ 233.695.866	$ 289.791.840	$ 289.048.626	$ 235.455.870
APORTE MUNIICPIO	$ 927.802.725	$ 1.028.850.753	$ 1.148.816.110	$ 900.729.035
TOTAL CONVENIO	**$ 1.161.498.591**	**$ 1.318.642.593**	**$ 1.437.864.736**	**1.136.184.905**

PROPONENTE	CANES	CIUDAD FUTURO	VIDA CON PROPOSITO
CUPOS	71	85	56
APORTE FUNDACION	$ 257.190.258	$ 307.903.830	$ 202.854.288
APORTE MUNIICPIO	$ 951.977.413	$ 1.127.788.881	$ 762.694.712
TOTAL CONVENIO	**$ 1.209.167.671**	**$ 1.435.692.711**	**$ 965.549.000**

Y un plazo de ejecución de seis (6) meses, contados a partir de la firma del acta de inicio y sin exceder la vigencia del 31 de diciembre de 2024, dichas propuestas puede ser consultadas por los interesados en el Portal Único de Contratación Pública Secop II, en la página web https://www.colombiacompra.gov.co/secop-ii

ARTÍCULO SEGUNDO: El Municipio de Pereira desembolsará el valor de hasta SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. **Incluidos impuestos. ($ 6.848.659.630)** correspondientes a los aportes del MUNIICPIO con cargo al presupuesto de la actual vigencia al siguiente CDP, expedido por la Subsecretaria de asuntos financieros: CDP No **1333** de 7 de febrero de 2024 por valor de $8.361.211.605 para la vigencia 2024.

ARTICULO TERCERO: Publicar la presente Resolución en Portal Único de Contratación página web: https://www.colombiacompra.gov.co/secop-ii, dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto Único Reglamentario 1082 de 2015, y para efectos dar a conocer su contenido a los demás interesados en el presente proceso, garantizando así su publicidad.

ARTICULO CUARTO: Notifíquese a los proponentes favorecido el contenido del presente acto en cumplimiento de lo establecido en el artículo 67, de la ley 1437 de 2011

ARTICULO QUINTO: La presente resolución rige a partir de su expedición y su publicación en el sistema electrónico de contratación pública Secop II.

COTIZACION

EMPRESA QUE COTIZA: **FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA**

CANTIDAD DE BENFICIARIOS: 71

Anexo	ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	TOTAL
	PERSONAL REQUERIDO										
#¡REF!	DIRECTOR TECNICO	MENSUAL	1	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	21.600.000
#¡REF!	NUTRICIONISTA	MENSUAL	1	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	21.600.000
#¡REF!	AUXILIARES DE SERVICIO	MENSUAL	3	7.410.000	7.410.000	7.410.000	7.410.000	7.410.000	7.410.000	7.410.000	44.460.000
#¡REF!	MANIPULADORAS DE ALIMENTOS	MENSUAL	3	7.410.000	7.410.000	7.410.000	7.410.000	7.410.000	7.410.000	7.410.000	44.460.000
#¡REF!	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MENSUAL	5	13.918.004	13.918.004	13.918.004	13.918.004	13.918.004	13.918.004	13.918.004	83.508.024
#¡REF!	PROFESIONAL EDU FISICA O TERAPEUTA OCUPACIONAL	MENSUAL	1	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	21.600.000
#¡REF!	CUIDADORAS	MENSUAL	4	9.880.000	9.880.000	9.880.000	9.880.000	9.880.000	9.880.000	9.880.000	59.280.000
#¡REF!	BACHILLER PARA ENSEÑANZA DE DANZA Y MUSICA	MENSUAL	1	1.300.000	1.300.000	1.300.000	1.300.000	1.300.000	1.300.000	1.300.000	7.800.000
#¡REF!	PSICOLOGA	MENSUAL	1	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	21.600.000
#¡REF!	GERONTOLOGO	MENSUAL	1	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	21.600.000
	ELEMENTOS ENTREGABLES Y DE USO										
2.1	KIT DE ASEO	MENSUAL	71	72.250	5.129.715	5.129.715	5.129.715	5.129.715	5.129.715	5.129.715	30.778.287
	TOALLA 70 * 140	TRIMESTRAL	71	10.444	741.524	741.524	741.524	741.524	741.524	741.524	4.449.144
2.2	PAÑAL ADULTO	MENSUAL	23	342.667	7.881.341	7.881.341	7.881.341	7.881.341	7.881.341	7.881.341	47.288.046
#¡REF!	CREMA ANTIPAÑALITIS	MENSUAL	23	41.900	963.700	963.700	963.700	963.700	963.700	963.700	5.782.200
2.5	GUANTES DE VINILO CAJA X 100 UNID.	MENSUAL	23	62.480	1.437.040	1.437.040	1.437.040	1.437.040	1.437.040	1.437.040	8.622.240
#¡REF!	PAÑITOS HUMEDOS	MENSUAL	23	45.967	1.057.241	1.057.241	1.057.241	1.057.241	1.057.241	1.057.241	6.343.446
2.6	KIT DE VESTUARIO	TRIMESTRAL	71	149.294	10.599.874	10.599.874	10.599.874	10.599.874	10.599.874	10.599.874	63.599.244
2.7	BOTIQUIN	TRIMESTRAL	71	79	5.607	5.607	5.607	5.607	5.607	5.607	33.643
2.8	INSUMOS PARA MANUALIDADES	MENSUAL	71	22.400	1.590.400	1.590.400	1.590.400	1.590.400	1.590.400	1.590.400	9.542.400
	ALIMENTACION										
3.1	ALIMENTACION	MENSUAL	71	1.027.167	72.928.857	72.928.857	72.928.857	72.928.857	72.928.857	72.928.857	437.573.142
	ALOJAMIENTO										
4.1	ALOJAMIENTO	MENSUAL	71	431333	30.624.643	30.624.643	30.624.643	30.624.643	30.624.643	30.624.643	183.747.858
	GASTOS GENERALES										
5.1	TRANSPORTE	MENSUAL	71	150000	10.650.000	10.650.000	10.650.000	10.650.000	10.650.000	10.650.000	63.900.000

Margarita Aristizabal J

Margarita Aristizabal Jaramillo

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

CC. 24.322.948

RAZON SOCIAL: FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA

NIT: 900312087-4

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT. 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

Great Place to Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2023

Great Place to Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMERICA LATINA 2021

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

5804444841

PÓLIZA No: 580 -74 - 994000024706 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **PEREIRA** COD. AGE: 580 RAMO: 74 PAP:

	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
FECHA DE EXPEDICIÓN	01	03	2024		
VIGENCIA DE LA PÓLIZA DESDE	01	03	2024	23:59	
VIGENCIA HASTA	31	08	2024	23:59	183
FECHA DE IMPRESIÓN	01	03	2024		

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
DESDE	01	03	2024	23:59	
HASTA	31	08	2024	23:59	183

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.312.087-4**

DIRECCIÓN: SEC NUEVA SIRIA VIA MORELIA FCA EL PARAISO SEDE TIERRA DE SA CIUDAD: PEREIRA, RISARALDA TELÉFONO: 317370485

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **MUNICIPIO DE PEREIRA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.480.030-2**

DIRECCIÓN: CARRERA 7 18 55 PALACIO CIUDAD: **PEREIRA, RISARALDA** TELÉFONO: 6063248179

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: MUNICIPIO DE PEREIRA NIT : 891480030

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: RISARALDA CIUDAD: PEREIRA

DIRECCION: PERIMETRO MUNICIPAL

ACTIVIDAD: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: SERVICIOS MANZANA:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		$ 260,000,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	260,000,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 30,000,000.00 $ en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA, SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA, DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, DERIVADAS DEL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO DE ASOCIACION No 1552/2024, RELATIVO A AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS, OPERATIVOS Y FINANCIEROS PARA BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION ADULTA MAYOR EN VULNERABILIDAD SOCIAL Y FAMILIAR A TRAVES DE LOS CENTROS DE PROTECCION SOCIAL UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA.
SE INCLUYE: DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE, PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, ONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS, R.C. PATRONAL, VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS, MECANISMOS DE PARTICIPACION EN LA PERDIDA POR PARTE DE LA ENTIDAD ASEGURADA.
BENEFICIARIOS: MUNICIPIO DE PEREIRA Y/O TERCEROS AFECTADOS.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***260,000,000.00	$ **********325,890	$*********0.00	$ *******61,919	$ **********387,810

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
JOHN JAIRO LONDOÑO RIVERA	5302	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000580444484

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CBD0207C0B0BF8765B CLIENTE JLONDONO 0

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

República de Colombia

MUNICIPIO DE PEREIRA

Nit 8914800302

Solicitud de compromiso presupuestal No.1932

Fecha expedición 01/03/2024 Fecha vencimiento Valor Total **951.977.413,00**

Son: Novecientos Cincuenta Y Un Millones Novecientos Setenta Y Siete Mil Cuatrocientos Trece Pesos M/Cte.

Objeto AUNAR ESFUERZOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS OPERATIVOS Y FINANCIEROS PARA BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION ADULTA MAYOR EN VULNERABILIDAD SOCIAL Y FAMILIAR A TRAVES DE LOS CENTROS DE PROTECCION SOCIAL UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA

Observaciones

Tercero 900312087 FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA - MARGARITA ARISTIZABAL JARAMILLO 320

Documento CONVENIO DE ASOCIACION Nro. 1552 Nro. Int.

Duración SEIS MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO Fecha fin 02/09/2024

Forma pago mediante pagos parciales vencidos mensuales, previa certificacion de la supervision Vig. Futura No

Nro. Disponibilidad 1333

Valor 951.977.413,00

Rubro 2.3.2.02.02.009 Servicios para la comunidad, sociales y personales

C. Costo 1109 SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

Fondo 101 Fondos comunes

Proyecto 2020660010068 PROTECCIÓN DE LOS GRUPOS POBLACIONALES VULNERABLES POR SUS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA

Disponibilidad 1333

Subgrupo Salud 0

Código Programático Inversion CPI: 4103050 Servicio de acompañamiento familiar y comunitario para la superación de la pobreza

Código CPC	Descripción	Valor
91119	Otros servicios de la administracion publica n c p	951.977.413,00

Rubro 2.3.2.02.02.009 Fondo 101 C. Costo 1109

Mes 4	158.662.902,00	Mes 5	158.662.902,00	Mes 6	158.662.902,00
Mes 7	158.662.902,00	Mes 8	158.662.902,00	Mes 9	158.662.903,00

MARTHA CECILIA ALZATE ALZATE

02460371205344-3452964-007478768

República de Colombia

MUNICIPIO DE PEREIRA

Nit 8914800302

Compromiso Presupuestal No. 1851

Fecha expedición 04/03/2024 Fecha vencimiento 31/12/2024 Valor Total **951.977.413,00**

Son: Novecientos Cincuenta Y Un Millones Novecientos Setenta Y Siete Mil Cuatrocientos Trece Pesos M/Cte.

Objeto AUNAR ESFUERZOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS OPERATIVOS Y FINANCIEROS PARA BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION ADULTA MAYOR EN VULNERABILIDAD SOCIAL Y FAMILIAR A TRAVES DE LOS CENTROS DE PROTECCION SOCIAL UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA

Observaciones

Tercero 900312087 FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA - MARGARITA ARISTIZABAL JARAMILLO 320

Documento CONVENIO DE ASOCIACION Nro. 1552 Fecha 04/03/2024 Nro. Int.

Duración SEIS MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO Fecha fin 02/09/2024

Forma pago mediante pagos parciales vencidos mensuales, previa certificacion de la supervision Vig. Futura No

Nro. Disponibilidad 1333

Valor 951.977.413,00

Rubro 2.3.2.02.02.009 Servicios para la comunidad, sociales y personales

C. Costo 1109 SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

Fondo 101 Fondos comunes

Proyecto 2020660010068 PROTECCIÓN DE LOS GRUPOS POBLACIONALES VULNERABLES POR SUS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA

Disponibilidad 1333

Subgrupo Salud 0

Código Programático Inversion CPI: 4103050 Servicio de acompañamiento familiar y comunitario para la superación de la pobreza

Código CPC	Descripción	Valor
91119	Otros servicios de la administracion publica n c p	951.977.413,00

INTENCION DE PAGO

Rubro 2.3.2.02.02.009 Fondo 101 C. Costo 1109

Mes 4	158.662.902,00	Mes 5	158.662.902,00	Mes 6	158.662.902,00
Mes 7	158.662.902,00	Mes 8	158.662.902,00	Mes 9	158.662.903,00

ALVARO FERNANDO MIRANDA VELA

02460374151313-3455479-007483280

ANEXO CLAUSULADO CONVENIO DE ASOCIACIÓN CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE PEREIRA – SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO Y LA ESAL CANES

Las partes de común acuerdo hemos convenido integrar el presente anexo al contrato electrónico de CONVENIO DE ASOCIACIÓN, suscrito en la página del SECOP II, con la FUNDACIÓN CANES CENTRO DE REHABILITACIÓN ECUESTRE DE RISARALDA identificada con el Nit N° 900.312.087-4 representada legalmente por MARGARITA ARISTIZABAL JARAMILLO identificada con la cédula de ciudadanía número 24.322.948 expedida en Manizales, Caldas, el cual adicionalmente contiene las siguientes clausulas:

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO: "AUNAR ESFUERZOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS OPERATIVOS Y FINANCIEROS PARA BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION ADULTA MAYOR EN VULNERABILIDAD SOCIAL Y FAMILIAR A TRAVES DE LOS CENTROS DE PROTECCION SOCIAL UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA"

CLÁUSULA SEGUNDA: METAS DEL CONVENIO

1. Cofinanciar hasta **71** atenciones a la población Adulta Mayor del Municipio de Pereira desprotegidos social y familiarmente, en los centros de protección ubicados en el municipio de Pereira.
2. Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población Adulta Mayor del Municipio de Pereira desprotegidos social y familiarmente, a través de Centros de Protección para brindar atención integral, mediante la realización de un Programa de Interés Público.
3. Realizar un informe al finalizar el convenio de la atención al adulto mayor estableciendo el impacto social para garantizar la actualización y mejoramiento de la estrategia municipal.
4. Reportar los subcontratos que suscriban para la ejecución del presente convenio de asociación.

CLÁUSULA TERCERA: ALCANCES

a. Brindar a la población Adulta Mayor el servicio de alojamiento en el centro de protección social, contribuyendo a la satisfacción de sus necesidades básicas.

Parágrafo: En los casos en que la ESAL (Entidad sin ánimo de lucro) tenga un bien inmueble en COMODATO con el MUNICIPIO DE PEREIRA, el ASOCIADO debe garantizar la cobertura en el aporte de alojamiento, es decir, conforme al costo mensual real de cada adulto mayor en cada vigencia, por lo tanto, a partir de la cantidad de cupos autorizados por la SECRETARIA DE SALUD mediante acto administrativo, el COMODATARIO en contraprestación deberá aportar el valor mensual de aporte del alojamiento al COMODATANTE, cabe aclarar, que no puede superar los cupos autorizados por la Secretaría de Salud Municipal, sino que debe ser a partir de los cupos autorizados y ofertados; es decir, dependiendo de los cupos de la propuesta aceptada, el COMODATARIO cancelará el valor de atención por cada adulto mayor hasta ajustar el valor mensual que representa el valor de alojamiento del centro de protección social, conforme al estudio de mercado . Para este caso, teniendo en cuenta que no hay certeza de los oferentes y la modalidad eventual del comodato, en caso de presentarse *dicha eventualidad, la revisión del canon de alojamiento estará a cargo del supervisor* del convenio, ya que es la persona encargada del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico según el manual de supervisión vigente.

b. Proporcionar a los Adultos Mayores una alimentación sana, equilibrada y nutricional (Desayuno – Refrigerio – Almuerzo – Refrigerio – Cena) de conformidad con la minuta establecida por la nutricionista con base a la minuta patrón suministrada por el municipio y avalada por la supervisión, los 7 días de la Semana.

c. Proporcionar a los Adultos Mayores el componente de pañales, crema antipañalitis y paños húmedos a aquellos adultos mayores que así lo requieran.

d. Suministrar mensualmente a la población beneficiaria del Centro de Protección un kit de aseo para la satisfacción de sus necesidades básicas (cepillo de dientes, crema dental, jabón de baño, talco para pies, cuchillas de afeitar, papel higiénico, desodorante, shampoo y crema humectante).

e. Proporcionar a los Adultos Mayores del Centro de Protección un kit de ropa, vestuario digno, para hombres, camiseta o camisa polo hombre o camisa de pijama, bóxer hombre, medias hombre, jean o sudadera o bermuda o pantalón de pijama, zapatos hombre y para mujer blusa o blusa de pijama o pijama de una pieza brasier panty jean o falda o sudadera o pantalón de pijama, medias zapatos proporcionar a los adultos mayores, una (1) toalla de uso personal, con medidas de 70 cm x 1.40 mts; se deja claridad que para el presente proceso se realizará dos entregas.

f. Prestar el servicio de orientación productiva a través de capacitaciones en proyectos de arte y manualidades proporcionando los insumos para ello, las cuales deben realizarse mínimo tres (3) veces a la semana durante toda la ejecución del convenio.

g. Generar ambientes de esparcimiento mediante actividades deportivas, recreativas, culturales, productivas, agrícolas, pecuarias, otras actividades ocupacionales definidas en la ley 1276 de 2009, estas deben realizarse mínimo dos (2) veces a la semana durante toda la ejecución del convenio, según programa avalado por la supervisión del convenio de manera alternada y procurando un enfoque según habilidades de los beneficiarios.

h. Garantizar el transporte a citas médicas y demás requerimientos de los adultos mayores cuando sea necesario, con un acompañante.

i. Proporcionar kit de botiquín de primeros auxilios con los elementos esenciales que debe contener (alcohol, bajalenguas, curas, guantes, lagrimas, suero, vendas, yodopovidona, gasas, termómetro, esparadrapo); se deja claridad que para el presente proceso se realizará dos entregas.

CLAUSULA CUARTA. OBLIGACIONES GENERALES COMO ASOCIADO.

1. Destinar los recursos económicos que aporte tanto por el municipio de Pereira como los que aporte la ESAL, en la ejecución del convenio
2. Hacer los aportes técnicos y administrativos para la ejecución del convenio
3. Dar cumplimiento y realizar seguimiento y control del desarrollo de las metas, actividades y obligaciones del presente convenio
4. Velar por la dotación de insumos y suministros de acuerdo a los requerimientos específicos de cada bien o servicio según la normatividad vigente
5. Ejecutar el convenio dentro del plazo pactado, invirtiendo los recursos de acuerdo con las actividades definidas y el presupuesto asignado.
6. Administrar los recursos de manera eficiente y productiva de acuerdo al presupuesto del Convenio
7. Presentar a la **SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO**, informes y documentos mensuales relacionados con el objeto del convenio para efectos de desembolso.
8. Cumplir con lo establecido en la normatividad vigente en cuanto a obligaciones tributarias (impuestos, contribuciones y similares) y contables.
9. Entregar informe y documentos que soportan la ejecución de las actividades, anexando una base de datos que permitan conocer y cuantificar los participantes y beneficiarios del Convenio, de conformidad a los formatos y requerimientos de la supervisión
11. Contratar por cuenta y riesgo el personal auxiliar y profesional suficiente y necesario, que se requiera para cumplir las obligaciones a su cargo a fin de cumplir el objeto del convenio de asociación.
12. Suministrar documentación de los subcontratos que suscriba para desarrollar el programa o actividad de interés público del presente documento. (subcontratos, facturas y demás documentos soporte)
12. Dar crédito al Municipio en todas las actividades que se realicen en el marco del proyecto.
13. Ejecutar el convenio en los términos de la propuesta presentada
14. Todas las demás actividades que deriven de la naturaleza del presente convenio y de la propuesta, la cual hace parte integral del mismo

CLÁUSULA QUINTA: OBLIGACIONES ESPECIFICAS ASOCIADO

1. Convenir con la coordinadora del programa de adulto mayor y el componente psicosocial el ingreso y retiro de los adultos mayores del programa.
2. Ejecutar el convenio conforme a las metas y propuesta presentada.
3. Aportar el recurso humano idóneo para el desarrollo del convenio, para lo cual deberá garantizar lo establecido en el siguiente cuadro:

ITEMS	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD HASTA 45 AM ATENDIDOS	65 ADULTOS M ATENDIDOS	85 ADULTOS MAYORES ATENDIDOS
1.1	DIRECTOR TECNICO	UNIDAD/PERSONA	1	1	1
1.2	NUTRICIONISTA	UNIDAD/PERSONA	1	1	1
1.3	AUXILIARES DE SERVICIOS GENERALES	UNIDAD/PERSONA	2	3	4
1.4	MANIPULADORAS DE ALIMENTOS	UNIDAD/PERSONA	2	3	4
1.5	AUXILIAR DE ENFERMERIA	UNIDAD/PERSONA	4	5	6

1.6	PROFESIONAL EDU FISICA O TERAPEUTA OCUPACIONAL	UNIDAD/PERSONA	1	1	1
1.7	CUIDADORAS	UNIDAD/PERSONA	3	4	5
1.8	BACHILLER PARA ENSEÑANZA DE DANZA Y MUSISCA.	UNIDAD/PERSONA	1	1	1
1.9	PSICOLOGA	UNIDAD/PERSONA	1	1	1
1.10	GERONTOLOGO	UNIDAD/PERSONA	1	1	1

Este personal deberá contar con los siguientes perfiles:

Tabla 7: PERFILES DEL TALENTO HUMANO

PERFILES REQUERIDOS
DIRECTOR: o coordinador, quien es un profesional en las áreas de la salud y/o área de ciencias sociales de preferencia con capacitación en gerontología, psicología, trabajo social, fisioterapia, fonoaudiología con título otorgado por una institución universitaria legalmente reconocida en Colombia, por la autoridad competente para ello, tarjeta profesional (si requiere). Debe contar mínimo con 2 años de experiencia relacionada con la población a atender. Si el título fue obtenido en el exterior, debe estar convalidado de acuerdo con los requisitos exigidos por el Ministerio de Educación Nacional.
NUTRICIONISTA: Debe poseer título otorgado por una institución universitaria o de educación superior, legalmente reconocida en Colombia, por la autoridad competente para ello, tarjeta profesional (si requiere. Si el título fue obtenido en el exterior, debe estar convalidado de acuerdo con los requisitos exigidos por el Ministerio de Educación Nacional. Debe acreditar experiencia profesional mínima de un año. La entidad definirá unas actividades mínimas que realizará este profesional.
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES U OFICIOS VARIOS. Personas con experiencia en oficios varios. se revisará si aplica la ley de primer empleo en el cómputo de experiencia.
MANIPULADORES DE ALIMENTOS: Deben contar con el respectivo carnet de manipulador de alimentos, con experiencia en labores de cocina o alimentación en centro de adulto mayor.
Bachiller con experiencia mínima de seis (6) meses en el sector artístico y cultural para realizar actividades de enseñanza en danzas y música u otras relacionadas, de mínimo 1 hora con cada grupo.
AUXILIARES DE ENFERMERIA: Debe poseer título otorgado por una institución universitaria o de educación superior o Institutos de formación técnica, legalmente reconocida en Colombia, por la autoridad competente para ello, Si el título fue obtenido en el exterior, debe estar convalidado de acuerdo con los criterios técnicos del Ministerio del exterior. tarjeta profesional (si requiere) y contar mínimo con un año de experiencia en actividades relacionadas con su profesión en centros de protección del adulto mayor. Con constancia/s de asistencia o participación a las formaciones para la atención integral de personas adulta mayores.
PROFESIONAL EN CIENCIAS DEL DEPORTE Y LA RECREACION, O TERAPEUTA OCUPACIONAL Debe poseer título profesional otorgado por una institución universitaria o de educación superior, legalmente reconocida en Colombia, por la autoridad competente para ello, tarjeta profesional (si requiere) Si el título fue obtenido en el exterior, debe estar convalidado de acuerdo con los requisitos exigidos por el Ministerio de Educación Nacional. Personal encargado de realizar -Actividades físicas y de interacción social y actividades recreativas de mínimo 1 hora y media por cada grupo.
CUIDADOR: Bachiller en cualquier modalidad, o haber cursado y aprobado estudios básicos en cuidado de adultos mayores, o similares, con experiencia mínima de un (1) año en actividades de atención o cuidado del adulto mayor en centros de protección del adulto mayor.
PSICÓLOGO: Debe poseer título otorgado por una institución universitaria o de educación superior, legalmente reconocida en Colombia, por la autoridad competente para ello, tarjeta profesional o documento que haga sus veces y contar mínimo con un año de experiencia profesional mínima de un (1) años, relacionada con atención del adulto mayor. Si el título fue obtenido en el exterior, debe estar convalidado de acuerdo con los requisitos exigidos por el Ministerio de Educación Nacional.
GERONTOLOGO: Gerontólogo o profesional con especialización en gerontología, El título deberá ser otorgado por una institución universitaria legalmente reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, tarjeta profesional o documento que haga sus veces. con experiencia profesional mínima de un año relacionadas con actividades de atención del adulto mayor.

Nota: Todo el personal del centro deberá contar con formación para atención de emergencias, primer respondiente y manejo de elementos de emergencia de mínimo 36 horas. Para lo cual deberán allegar los certificados de asistencia o participación en estas formaciones.

La experiencia del personal anteriormente relacionado, deberá ser acreditada mediante:

a. Hoja de vida debidamente firmada
b. Certificados académicos

Los certificados de experiencia laboral que acrediten el tiempo de experiencia requerida y los cuales deberán relacionar:

- Nombre o razón social de la entidad contratante.
- Nombre o razón social del contratista.
- Objeto del contrato
- Honorarios y/o salario devengado.
- Fecha de inicio y terminación del contrato.
- Firma de la persona autorizada para ello.

Deberán presentar teléfono y dirección de cada una de las personas que hacen parte del recurso humano ofrecido, con el fin de verificar (si así lo considera la Secretaría de Desarrollo Social y Político) la disponibilidad para prestar el servicio, así como, el pleno conocimiento del desarrollo de las actividades al interior del proyecto

NOTA 1: La acreditación del personal mínimo establecido, se realizará a través de carta de compromiso donde relacione los cargos y/o perfiles a contratar, con la cual se obligue el proponente que, en caso de ser el ASOCIADO seleccionado para la prestación del servicio aquí justificado, contratará el personal mínimo requerido y por ende aportará los respectivos certificados de capacitación o estudio donde evidencie los perfiles y calidades de cada uno de estos. Este requisito deberá ser materializado dentro de los CINCO (5) días hábiles siguientes a la firma del convenio, con el fin de ser avalados por la Secretaría de Desarrollo Social y Político para la posterior suscripción del acta de inicio. En todo caso, el no cumplimiento de este requisito dentro del término estipulado para ello, será causal de incumplimiento para lo cual se iniciaría el respectivo procedimiento administrativo.

NOTA 2: Las actividades indicadas para cada perfil hacen parte de acciones tendientes al cumplimiento de metas y alcances propias de la estrategia, no por ello se entenderán únicas, exclusivas y taxativas; todas ellas dependerán de las necesidades latentes del proyecto.

NOTA 3: PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS. El ASOCIADO deberá garantizar que todo el personal que realice actividades de manipulación de alimentos en las diferentes etapas del proceso (fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte y distribución) acredite los carné y diplomas de curso de manipulación de alimentos, así como haberse practicado los exámenes de laboratorio que demuestren que el personal es apto.

4. Aportar el recurso técnico y operativo necesario para el desarrollo del convenio, para lo cual deberá garantizar mínimo:

- Zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín.
- Zonas para aseo personal.
- Cocina la cual deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos
- Zona de alimentación.
- Al menos una oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en forma privada con los residentes y sus familiares.
- Sala o salas de estar o de usos múltiples que, en conjunto, tengan capacidad para contener a todos los residentes en forma simultánea, estas deberán tener iluminación natural, medios de comunicación con el mundo exterior y elementos de recreación para los residentes, tales como Comedor o comedores suficientes para atención de los residentes, música, juegos, revistas, libros, etc.
- Dormitorios con iluminación y ventilación natural, guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochero por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un timbre tipo continuo por habitación y en el caso de residentes postrados, uno por cama.
- 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.

Nota 1: lo anterior se verificará por el supervisor del convenio en compañía de la articulación del proyecto de adulto mayor adscrito a la Secretaría de Desarrollo Social y Político, una vez sea suscrito el convenio, **sin embargo, en la presentación de la propuesta, el proponte deberá allegar carta de compromiso mediante la cual certifique que cuenta con la capacidad instalada suficiente para brindar la atención requerida.**

5. Generar los informes técnicos y financieros ejecutados para el éxito del convenio, con los soportes contables.

6. Acatar las sugerencias y recomendaciones impartidas por la Supervisión del convenio.

7. Informar al municipio mediante la entrega de informes la población beneficiada delos servicios del hogar de protección.

8. Brindar las atenciones, conforme a los alcances del presente convenio a los adultos mayores remitidos por la Secretaría de Desarrollo Social y Político del municipio.

9. Garantizar que la población adulta mayor que se atienda en el centro de bienestar cuenten con 60 años de edad o más o personas que siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determine, certificado por los profesionales en una evaluación socioeconómica y médica.

10. Asumir la ejecución del objeto y metas poniendo a disposición del programa de interés público toda la capacidad técnica, económica, administrativa y operacional necesaria.

11. Consolidar y presentar los informes para la realización del seguimiento y desembolsos por parte del Municipio.

12. Entregar mensualmente la base de datos y sus debidas estadísticas en medio magnético de los usuarios atendidos, consignando la información requerida en los formatos y sistemas de información definidos por la Secretaría de Desarrollo Social y Político.

13. La minuta de alimentación debe contener los requerimientos de componentes de salud y nutrición para la población objeto. Para la construcción del ciclo de menús y sus anexos. El Profesional de nutrición y dietética del CPSAM deberá usar la minuta patrón de ICBF para la población mayor de 60 años, con un ciclo de 30 días, y dando aplicación a la resolución 2674 de 2013 del ministerio de salud.

14. Reportar a la supervisión designada los informes de las actividades realizadas para ejecutar el programa, debidamente escaneados y ordenados en aplicación a la Ley 594 de 2.000 "Ley General de Archivo", incluyendo la relación de los convenios que celebren para apoyar la ejecución del convenio, con plazos y adiciones a los mismos, incluyendo los datos referentes a la existencia y representación legal de la entidad con quien contrató y la información de pagos; en los términos del artículo 7 del decreto 092 de 2017, en remisión a la obligatoriedad de la entidad estatal de publicaren el SECOP los convenios dentro de los tres (3) días siguientes a su celebración y/o expedición.

15. Cumplir con lo establecido en la normatividad vigente en cuanto a obligaciones tributarias (impuestos, contribuciones y similares) y contables.

16. El nutricionista de la ESAL deberá realizar las actividades descritas en la ficha técnica anexada para la ejecución del convenio.

17. Hacer efectivamente el aporte convenido en los términos y oportunidades que se señalen en la propuesta y demás documentos anexos.

18. Diseñar y presentar el cronograma y el plan operativo de contratación para la realización del programa o actividad.

19. Concertar con la supervisión del CONVENIO el cambio de ítems en los componentes de aseo, botiquín, medicamentos y kit de vestuario, los cuales en ningún caso podrán superar el valor de la oferta.

20. Efectuar oportunamente los pagos que sean requeridos, según los compromisos.

21. Abrir una cuenta bancaria con destinación exclusiva para el desembolso de los recursos del Municipio cuyos rendimientos serán propiedad del Municipio.

22. Realizar un aporte al valor total del Convenio, el cual se verificará en la propuesta económica y en la ejecución contractual.

23. Realizar un informe al finalizar el convenio de la atención al adulto mayor estableciendo el impacto social para garantizar la actualización y mejoramiento de la estrategia municipal.

CLÁUSULA SEXTA: OBLIGACIONES DEL MUNICIPIO

1. El Municipio aportará recursos en efectivo en los términos y condiciones señaladas en la invitación y minuta del convenio de asociación.
2. Realizar el acompañamiento necesario para el cumplimiento de las metas propuestas que conlleven a la adecuada ejecución del objeto y suministrar oportunamente la información requerida por la ESAL, para la ejecución del programa de interés público.
3. Designar un supervisor para verificar el cumplimiento de las metas pactadas y la correcta ejecución de los recursos.
4. Apoyar los procesos de convocatorias, realización de reuniones y actividades con la comunidad que sean necesarias para garantizar el óptimo desarrollo del programa de interés público.
5. Disponer de la capacidad y la experiencia de la entidad en el manejo de actividades con la comunidad.
6. Documentar y evaluar las actividades y los resultados obtenidos por la entidad sin ánimo de lucro en la ejecución del proyecto

CLÁUSULA SEPTIMA. Obligaciones conjuntas de LAS PARTES ASOCIADAS:

1. Contar con la disponibilidad presupuestal de los recursos comprometidos para la cofinanciación del proyecto.
2. Facilitar el recurso técnico, tecnológico y humano necesario para el cumplimiento del presente convenio de asociación.
3. Designar a los enlaces del presente convenio de asociación.

CLÁUSULA OCTAVA. VALOR DEL CONVENIO Y FORMA DE PAGO:

El valor del presente convenio es por la suma MIL DOSCIENTOS NUEVE MILLONES CIENTO SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($ 1.209.167.672) de los cuales el MUNICIPIO DE PEREIRA aportará la suma NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS TRECE PESOS M/CTE ($ 951.977.413) y la ESAL la suma de DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MILLONES CIENTO NOVENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($257.190.259). PARAGRAFO 1: El desembolso de los recursos se realizará mediante pagos parciales mensuales, cada uno mes vencido a partir de la suscripción del acta de inicio; el desembolsos e realizará por cada adulto mayor atendido, previo recibo de metodologías para el desarrollo de los alcances y de la ejecución de las actividades y las obligaciones derivadas del objeto del convenio de asociación y su aceptación a satisfacción por parte del Municipio de Pereira, certificado por el Supervisor asignado.

CLÁUSULA NOVENA: PLAZO DE EJECUCIÓN: SEIS (6) MESES contados a partir de la suscripción del acta de inicio.

CLÁUSULA DÉCIMA: RELACIÓN LABORAL: el presente convenio no genera relación laboral con EL ASOCIADO y en consecuencia tampoco el pago de prestaciones sociales y de ningún tipo de emolumentos distintos al valor acordado en la cláusula octava.

CLÁUSULA DECIMA PRIMERA: SUJECIÓN DE LOS PAGOS A LA APROPIACIÓN PRESUPUESTAL: Según el siguiente certificado de disponibilidad **CDP No 1333 de 7 de febrero de 2024**

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA : CADUCIDAD Y SUS EFECTOS: Previo requerimiento por escrito a EL ASOCIADO, el Municipio de Pereira declarará la caducidad del convenio mediante acto administrativo debidamente motivado, lo dará por terminado y ordenará su liquidación en el estado en que se encuentre si se presenta alguno de los hechos constitutivos de incumplimiento a cargo de EL ASOCIADO que afecte de manera grave y directa la ejecución del CONVENIO y evidencie que puede conducir a su paralización, por la ocurrencia de alguna de las causales establecidas en el artículo 90 de la ley 418 de 1997, modificado por el art. 31 de la Ley 782 de 2002, o las circunstancias previstas en el inciso último del art. 68 de la Ley 610 de 2000, y el art. 86 de la ley 42 de 1993. En caso de que el Municipio de Pereira decida abstenerse de declarar la caducidad, adoptará las medidas de control e intervención necesarias, que garanticen la ejecución del objeto contratado. La declaratoria de caducidad no impedirá que la entidad contratante continúe inmediatamente la ejecución del objeto contratado, bien sea a través del garante o de otro ASOCIADO, a quien a suvez se le podrá declarar la caducidad, cuando a ello hubiere lugar. La declaración de la caducidad nodará lugar a indemnización del ASOCIADO, quien se hará acreedor a las sanciones e inhabilidades previstas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La declaratoria de caducidad será constitutiva del siniestro de incumplimiento.

CLAUSULA DECIMA TERCERA: GARANTÍAS: EL ASOCIADO A se obliga a constituir a su cargo y en favorde EL MUNICIPIO, las garantías que sean fijadas por éste, en cumplimiento de lo

dispuesto, así:

Garantía de Cumplimiento en cuantía equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del convenio, con vigencia igual al mismo y seis (6) meses más.

Calidad del servicio: En cuantía equivalente al diez por ciento (10%) del valor del CONVENIO, con una vigencia igual al plazo de ejecución del CONVENIO y seis (6) meses más, contados a partir de la fecha de suscripción del CONVENIO.

Pago de Salarios y Prestaciones Sociales: Equivalente al cinco por ciento (5%) del valor total del convenio con una vigencia igual al mismo y tres (3) años más.

Responsabilidad Civil Extracontractual: De conformidad al artículo 2.2.1.2.3.1.17. del decreto 1082 de 2015, esta garantía se establecerá según el valor del convenio de la siguiente manera:

1. Doscientos (200) SMMLV para contratos cuyo valor sea inferior o igual a mil quinientos (1.500) SMMLV.

2. Trescientos (300) SMMLV para contratos cuyo valor sea superior a mil quinientos (1.500) SMMLV e inferior o igual a dos mil quinientos (2.500) SMMLV.

3. Cuatrocientos (400) SMMLV para contratos cuyo valor sea superior a dos mil quinientos (2.500) SMMLV e inferior o igual a cinco mil (5.000) SMMLV.

4. Quinientos (500) SMMLV para contratos cuyo valor sea superior a cinco mil (5.000) SMMLV e inferior o igual a diez mil (10.000) SMMLV.

-La vigencia de esta garantía deberá ser igual al período de ejecución del CONVENIO.
-La póliza de responsabilidad extracontractual deberá contener, como mínimo, en adición a la cobertura básica de predios, labores y operaciones, los siguientes amparos: Cobertura expresa de los perjuicios que cause el asegurado tanto enla modalidad de daño emergente, como en la modalidad de lucro cesante, Cobertura expresa de perjuicios extra patrimoniales, Cobertura expresa de la responsabilidad surgida por actos de ASOCIADOS Y Subasociados salvo en el evento en que el subasociado tenga su propio seguro de responsabilidad extracontractual, con los mismos amparos aquí requeridos, lucro cesante, daño emergente y cobertura expresa de amparo patronal y cobertura expresa de vehículos propios y no propios y mecanismos de participación en la perdida, por parte de la entidad asegurada.

Las garantías que los oferentes o asociados pueden otorgar para asegurar el cumplimiento de sus obligaciones son: Contrato de Seguro contenido en una póliza, Patrimonio Autónomo, Garantía Bancaria. Lo anterior de conformidad con el artículo 2.2.1.2.3.1.2. del decreto 1082 del 2015.

PARAGRAFO PRIMERO: Cuando por circunstancias especiales haya necesidad de modificar el plazo o valor contenido, dichas pólizas deberán ampliarse en los porcentajes establecidos en esta cláusula y por todo el término de las adiciones

PARAGRAFO SEGUNDO: Para efectos de la vigencia de la póliza exigida en la presente cláusula su término se contará a partir de la firma del acta de iniciación de actividades.

Las Cauciones deberán construirse a favor del MUNICIPIO DE PEREIRA.

Si el Asociado se negare a constituir las garantías, el Municipio dará por terminado el convenio en el estado en que se encuentre, sin que por este hecho deba reconocerse indemnización alguna.

CLAUSULA DECIMA CUARTA: Clausula penal pecuniaria: Las partes acuerdan que la aplicación

de la cláusula penal no exime el cumplimiento de las obligaciones contractuales y podrá exigirse al ASOCIADO la pena y la indemnización de perjuicios.En caso de declaratoria de caducidad o de presentarse por parte del ASOCIADO incumplimiento parcial o total del CONVENIO o por incurrir en mora o retardo en el cumplimiento de sus obligaciones, éste pagará a título de cláusula penal pecuniaria al Municipio, una suma equivalente hasta el 20% del valor del CONVENIO. La tasación de la Cláusula Penal atenderá a criterios de oportunidad, razonabilidad, proporcionalidad y gravedad del incumplimiento. La imposición de esta pena pecuniaria se considera como una estimación anticipada de perjuicios que el ASOCIADO cause a la Entidad. El valor pagado como cláusula penal no es óbice para exigir el cumplimiento total de la obligación principal. **MULTAS:** En caso de mora en el cumplimiento del plan y/o en caso de mora en el cumplimiento de las demás obligaciones a cargo del asociado, la entidad le impondráuna multa equivalente al 1% del valor total del convenio por cada semana de mora. En ningún caso el monto de las multas impuestas al asociado podrá superar el diez (10%) del valor del convenio. **INDEMNIDAD:** El ASOCIADO mantendrá indemne y defenderá a su propio costo al MUNICIPIO DE PEREIRA de cualquier pleito, queja o demanda y responsabilidad de cualquier naturaleza, incluyendo costos y gastos provenientes de actos y omisiones del ASOCIADO en el desarrollo de este CONVENIO. El ASOCIADO se obliga a evitar que sus empleados y/o los familiares de los mismos, sus acreedores, sus proveedores y/o terceros, presenten reclamaciones (judiciales o extrajudiciales) contra el MUNICIPIO DE PEREIRA, con ocasión o por razón de acciones u omisiones suyas, relacionadas conla ejecución del presente CONVENIO. Si ello no fuere posible y se presentaren reclamaciones o demandas contra del MUNICIPIO DE PEREIRA, esta entidad podrá comunicar la situación por escritoal ASOCIADO. En cualquiera de dichas situaciones, EL ASOCIADO se obliga a acudir en defensa de los intereses del MUNICIPIO DE PEREIRA, para lo cual contratará profesionales idóneos que representen a la entidad y asumirá el costo de los honorarios de éstos, del proceso y de la condena,si la hubiere. Si el MUNICIPIO DE PEREIRA estima que sus intereses no están siendo adecuadamente defendidos, lo manifestará por escrito al ASOCIADO, caso en el cual acordará la mejor estrategia de defensa o, si el MUNICIPIO DE PEREIRA lo estima necesario, asumirá directamente lamisma. En este último caso, el MUNICIPIO DE PEREIRA cobrará y descontará de los saldos a favordel ASOCIADO todos los costos que implique esa defensa, más un diez por ciento (10%) del valor de los mismos, por concepto de gastos de administración. Si no hubiere saldos pendientes de pago a favor del ASOCIADO, el MUNICIPIO DE PEREIRA podrá proceder, para el cobro de los valores a que se refiere este numeral, por la vía ejecutiva, para lo cual este CONVENIO, junto con los documentos en los que se consignen dichos valores, prestarán mérito ejecutivo.

CLÁUSULA DECIMA QUINTA.— INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN UNILATERALES: Cuando surjan motivos posteriores al perfeccionamiento del CONVENIO, que hicieren necesaria la interpretación, modificación y terminación unilaterales de éste, sedará aplicación a lo dispuesto en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993, y el Decreto 1082 de2015.

CLAUSULA DECIMA SEXTA: CESION: El ASOCIADO, no podrá ceder las obligaciones contraídas en este CONVENIO,, sin previa autorización escrita del Representante Legal delMunicipio de Pereira.

CLAUSULA DECIMA SEPTIMA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: EL ASOCIADO, con la suscripción de éste CONVENIO, afirma bajo juramento que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades y demás prohibiciones para contratar previstas en la Constitución Política, en los artículos 8º de la Ley 80 de 1993, y artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y demás disposiciones vigentes sobre la materia, y que sillegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 9º de la Ley 80 de 1993.

CLAUSULA DECIMA OCTAVA: SUPERVISIÓN: La supervisión del presente CONVENIO, será ejercidapor el Municipio de Pereira, a través del interventor que para el efecto designe la Secretaría de Desarrollo Social y Político, quien deberá controlar su correcta ejecución y cumplimiento.

CLÁUSULA DECIMA NOVENA: LIQUIDACIÓN DEL CONVENIO: El presente CONVENIO, se

liquidará de común acuerdo entre las partes, de conformidad a lo establecido en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.

CLÁUSULA VIGESIMA: PERFECCIONAMIENTO Y REQUISITOS PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO : Los CONVENIOS del Estado se perfeccionan cuando se logre acuerdosobre el objeto y la contraprestación, éste se eleve a escrito y se obtenga el registro presupuestal. Para la ejecución se requiere: 1-Aprobación de las garantías exigidas. 2-La existencia de las disponibilidades presupuéstales correspondientes, o previstas en vigencias posteriores para cancelarcompromisos futuros, conforme al artículo 21 del Decreto 26 de 1998 y la Ley Orgánica delPresupuesto.

CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA . SEGURIDAD SOCIAL: Será obligación del ASOCIADO cumplir estrictamente con todas las obligaciones establecidas en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, y con lo dispuesto por el Art 50 de la Ley 789 de 2002, 828 de 2003, 1562 de 2012.

CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Los conflictos que se sucedan durante la ejecución del objeto contractual se solucionarán preferiblemente mediante los mecanismos de arreglo directo y conciliación.

CLÁUSULA VIGESIMA TERCERA: DOMICILIO CONTRACTUAL. Para los efectos judiciales y extrajudiciales del presente CONVENIO, se fija como domicilio la ciudad de Pereira.

CLAUSULA VIGESIMA CUARTA: LEGISLACIÓN APLICABLE: Ley 80 de 1993,Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 del 2015 y demás normas que regulan la materia.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: SUSPENSION TEMPORAL DEL CONVENIO: Se podrá de común acuerdo entre las partes, suspender temporalmente la ejecución del CONVENIO,, mediante un acta en donde conste tal evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de suspensión. PARAGRAFO: EL ASOCIADO, prorrogará la vigencia de la garantía única de cumplimiento por el tiempo que dure la suspensión.

CLAUSULA VIGESIMA SEXTA: SUBCONTRATACION: EL ASOCIADO sólo podrá subcontratar todo aquello que no implique la ejecución de la totalidad delobjeto del presente CONVENIO,, con la autorización previa y escrita del Municipio de Pereira en el texto de los subcontratos autorizados se dejará constancia que se entienden celebrados dentro y sin perjuicio de los términos de éste CONVENIO, y bajo la exclusiva responsabilidad de EL ASOCIADO.El Municipio de Pereira podrá ordenar la terminación del subcontrato en cualquier tiempo, sin que elsubcontratista tenga derecho a reclamar indemnización de perjuicio ni a instaurar acciones contra elmunicipio de Pereira por esta causa.

CLAUSULA VIGESIMA SEPTIMA: CLAUSULA **VIGÉSIMA CUARTA:** CONVENIO ADICIONALES: Para el desarrollo eficaz del objeto contractualpactado, proporcional al tiempo y valor establecidos inicialmente, los cuales además, no podrán exceder del cincuenta por ciento (50%) del valor del CONVENIO, (inc. 2º del par. Artículo 40 de la Ley 80/93). Los CONVENIOS adicionales relacionados con el valor quedarán perfeccionados una vez suscritos y además se efectuará el registro presupuestal. Los relacionados con el plazo, sólo requerirán la firma del CONVENIO, y prórroga de la garantía única. Será requisito indispensable para que pueda iniciarse la ejecución del CONVENIO adicional, su perfeccionamiento, adición y prórroga de la garantía única, el pago de los impuestos correspondientes si hay lugar. No podrán celebrarse contratos adicionales que impliquen modificación al objeto del CONVENIO,, ni prorrogarse su plazo si estuviere vencido, so pretexto de la celebración de CONVENIOS adicionales.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA : SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL: EL ASOCIADO se compromete además del objeto del CONVENIO y su alcance, a cumplir con todas las obligaciones inherentes a él, en especial, las relacionadas con los procesos de mantenimiento y mejoramiento

continuo de los Sistemas de Gestiónde Calidad y de Control Interno que se adelantan en el Municipio de Pereira.

CLÁUSULA VIGÉSIMANOVENA LIQUIDACIÓN UNILATERAL: Si el ASOCIADO no se presenta a la liquidación o las partes no llegan a acuerdo sobre el contenido de la misma, será practicada directa y unilateralmentepor EL Municipio de Pereira y se adoptará por acto administrativo motivado, susceptible del recurso de reposición.

CLAUSULA TRIGESIMA: CONTROL FISCAL: El control fiscal será ejercido por la Contraloría Municipal.

CLAUSULA TRIGESIMA PRIMERA: PUBLICIDAD: De conformidad con los artículos 223 del Decreto 019 de 2012 y el 19 del Decreto 1082 del 2015; el presente CONVENIO sepublicará en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP).

CLAUSULA TRIGESIMA SEGUNDA: DOCUMENTOS DEL CONVENIO: Forman parte integral del presente CONVENIO todos losdocumentos soportes que acrediten los requisitos exigidos en el Municipio relacionados en el documento denominado "Listado de documentos soporte"

CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. 1552 DEL 4 DE MARZO DE 2024

Clase de contrato	**CONVENIO DE ASOCIACION**
Dependencia Responsable	SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO DE PEREIRA
ASOCIADO	**FUNDACIÓN CANES CENTRO DE REHABILITACIÓN ECUESTRE DE RISARALDA identificada con el Nit N° 900.312.087-4 representada legalmente por MARGARITA ARISTIZABAL JARAMILLO identificada con la cédula de ciudadanía número 24.322.948 expedida en Manizales, Caldas**
Interventor y/o Supervisor	**JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS**
Objeto del contrato	AUNAR ESFUERZOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS OPERATIVOS Y FINANCIEROS PARA BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION ADULTA MAYOR EN VULNERABILIDAD SOCIAL Y FAMILIAR A TRAVES DE LOS CENTROS DE PROTECCION SOCIAL UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA
Valor del convenio	MIL DOSCIENTOS NUEVE MILLONES CIENTO SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($ 1.209.167.672) de los cuales el MUNICIPIO DE PEREIRA aportará la suma NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS TRECE PESOS M/CTE ($ 951.977.413) y la ESAL la suma de DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MILLONES CIENTO NOVENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($257.190.259).
Plazo de Ejecución	SEIS (6) meses
Fecha de Inicio	4/3/2024
Fecha de Terminación	3/9/2024

En la ciudad de Pereira, se reunieron: **JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS** (Interventory/o Supervisor), **FUNDACIÓN CANES CENTRO DE REHABILITACIÓN ECUESTRE DE RISARALDA identificada con el Nit N° 900.312.087-4**

representada legalmente por MARGARITA ARISTIZABAL JARAMILLO identificada con la cédula de ciudadanía número 24.322.948 expedida en Manizales, Caldas, en calidad de contratista, con el fin de iniciar con el objeto relacionado en el CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. 1552 DEL 4 DE MARZO DE 2024.

NOTA: LEY DE TRANSPARENCIA Y DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA NACIONAL: Todas las actuaciones que se deriven del presente documento se harán con sujeción a lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014.

Para constancia se firma en Pereira, por los que en ella intervinieron, a los 4 días de MARZO de 2024.

JAIME ARISTÓBULO MENA BUENAÑO
Subsecretario de Grupos Vulnerables y Programas Especiales

Powered by CamScanner

margarita Aristizabal J

FUNDACIÓN CANES CENTRO DE REHABILITACIÓN ECUESTRE DE RISARALDA
Rep. Legal MARGARITA ARISTIZABAL JARAMILLO (ASOCIADO)

Pereira, 4 de marzo de 2024.

Doctor (a)
JAIME ARISTOBULO MENA BUANAÑOS

Subsecretario de Grupos Vulnerables y Programas Especiales

ASUNTO: ASIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN PARA CONVENIO DE ASOCIACION

Comedidamente me permito comunicarle que le ha sido asignada la supervisión del **CONVENIO DE ASOCIACION No. 1552 DE 4 DE MARZO DE 2024**, celebrado con **FUNDACIÓN CANES CENTRO DE REHABILITACIÓN ECUESTRE DE RISARALDA identificada con el Nit N° 900.312.087-4 representada legalmente por MARGARITA ARISTIZABAL JARAMILLO identificada con la cédula de ciudadanía número 24.322.948 expedida en Manizales, Caldas,** cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS OPERATIVOS Y FINANCIEROS PARA BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION ADULTA MAYOR EN VULNERABILIDAD SOCIAL Y FAMILIAR A TRAVES DE LOS CENTROS DE PROTECCION SOCIAL UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA", por un valor de MIL DOSCIENTOS NUEVE MILLONES CIENTO SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($ 1.209.167.672) de los cuales el MUNICIPIO DE PEREIRA aportará la suma NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS TRECE PESOS M/CTE ($ 951.977.413) y la ESAL la suma de DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MILLONES CIENTO NOVENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($257.190.259), y por un término de seis (6) meses, si el periodo a ejecutar es menor al plazo efectivamente establecido, este será desde el momento de suscripción del acta de inicio y el valor será prorrateado, a partir de la firma del acta de inicio.

En cumplimiento de esta función, el supervisor tiene la obligación de velar por el oportuno y correcto cumplimiento del objeto del contrato y de todas las obligaciones que de él se desprendan en los términos del Decreto 0587 del 07 de abril 2022 por medio del cual se adopta el Manual de Supervisión e Interventoría del Municipio de Pereira, la ley 1474 de 2011 y demás normas que los modifiquen o complementen.

El supervisor tiene a su cargo la responsabilidad de verificar para efectos **de la suscripción del acta de inicio** el cumplimiento de todos los requisitos exigidos en el contrato electrónico suscrito en plataforma secop 2 https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticePhases/View?PPI=CO1.PPI.29782794&isFromPublicArea=True&isModal=False

NOTA: LEY DE TRANSPARENCIA Y DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA NACIONAL: Todas las actuaciones que se deriven del presente documento se harán con sujeción a lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014.

Atentamente,

MARTHA CECILIA ALZATE ALZATE
Secretaria De Desarrollo Social Y Político

El presente documento se notifica personalmente a , **supervisor(a) y/o Interventor(a)** quien en constancia firma a los 4 de Marzo de 2024, como ACEPTACIÓN de la asignación que por este documento se le hace.

JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS
Subsecretario de Grupos Vulnerables y Programas Especiales

Powered by CamScanner

Diana Ortiz. Abogada contratista
Elaboró

Fundación CANES
Centro de Estimulación

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar DSE - 288

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica
No. 18764053143049 de 05/08/2023 - 05/08/2024 autoriza DSE-1 a DSE-10000

FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA
NIT 900312087
Actividad Económica Principal 8730
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	28/03/2024 16:06
Fecha de Vencimiento	28/03/2024 16:06
Forma de Pago	Contado
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA
Nombre Comercial	CANES
NIT	900312087
Obligación	NO APLICA
Email	fundacioncanes9@gmail.com
Teléfono	3173704835
Dirección	SEC NUEVA SIRIA VIA MORELIA FCA EL PARAISO SEDE TIERRA DE SABIOS
Ciudad, Depart.	PEREIRA, RISARALDA (CO)

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social	CLAUDIA MERCEDES CARDONA ACEVEDO
Nombre Comercial	
NIT	25232617
Obligación	NO APLICA
Email	Clameca29@hotmail.com
Teléfono	3137531731
Dirección	CL 21 # 33 - 40 CON MIRADOR DE LA PRADERA
Ciudad, Depart.	DOSQUEBRADAS, RISARALDA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	F 03	KIT DE PAÑALES	1	94	$1,257,010.00		$1,257,010.00	$1,257,010.00

1

Subtotal	$1,257,010.00
TOTAL	$1,257,010.00

nidades de medida: 94 = unidad

FIRMA EMISOR

FIRMA PROVEEDOR

CUDS: a683ecdb398354cf6514f762d01206f01f0191aacdf33b4be9cd47677c2df02de1f16834475c1e4e449a831584b7b6c7

MENTA Y LIMON ABASTOS



CLAUDIA MERCEDES CARDONA
NIT. 25232617-0
No Responsables de IVA
SERVICIO A DOMICILIO
TEL: 3137531731

FACTURA
No 0168

VENTAS DE ABARROTES, VERDURAS, CARNES Y MAS

DIA	MES	AÑO
18	03	2024

SEÑOR (ES): Fundación canes
NIT : 900.312.087 - 4 **TELEFONO:** 3173704835
DIRECCION: Via morelia fca. paraiso sede tierra de sabios
CORREO: canescba@gmail.com

CANT.	ARTICULO	VR. UNIT.	VR. TOTAL
10	PAÑAL TENA SLIP X 30 M	$ 85.667	$ 856.670
4	PAÑAL TENA SLIP X 30 L	$ 85.667	$ 342.668
6	PAÑITOS HUMEDOS PQ	$ 9.612	$ 57.672
		TOTAL	$ 1.257.010

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio Según ART. 774 del C.C modificado por ART. 5 ley 1231 de 2008.

FIRMA _____



FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA

NIT: 900312087
Correo: fundacioncanes9@gmail.com
Teléfono: 3173704835
SEC NUEVA SIRIA VIA MORELIA FCA EL PARAISO SEDE TIERRA DE SABIOS

Tipo Comprobante	Egreso
Número	359
Fecha de Causación	28/03/2024
Fecha de Generación	02/04/2024

DESCRIPCIÓN: PAGO DE PAÑALES FRA 0169

#	CUENTA CONTABLE	DETALLE	TERCERO	DEBITO	CREDITO
1	133005 - A proveedores	PAGO DE PAÑALES FRA 0169	CLAUDIA CARDONA - 25232617	$1,257,676.00	
2	110505 - Caja general	PAGO DE PAÑALES FRA 0169	CLAUDIA CARDONA - 25232617		$1,257,676.00
			TOTALES	$1,257,676.00	$1,257,676.00

Fundación CANES
Centro de Estimulación

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar DSE - 289

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica
No. 18764053143049 de 05/08/2023 - 05/08/2024 autoriza DSE-1 a DSE-10000

FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA
NIT 900312087
Actividad Económica Principal 8730
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	28/03/2024 16:07
Fecha de Vencimiento	28/03/2024 16:07
Forma de Pago	Contado
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA
Nombre Comercial	CANES
NIT	900312087
Obligación	NO APLICA
Email	fundacioncanes9@gmail.com
Teléfono	3173704835
Dirección	SEC NUEVA SIRIA VIA MORELIA FCA EL PARAISO SEDE TIERRA DE SABIOS
Ciudad, Depart.	PEREIRA, RISARALDA (CO)

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social	CLAUDIA MERCEDES CARDONA ACEVEDO
Nombre Comercial	
NIT	25232617
Obligación	NO APLICA
Email	Clameca29@hotmail.com
Teléfono	3137531731
Dirección	CL 21 # 33 - 40 CON MIRADOR DE LA PRADERA
Ciudad, Depart.	DOSQUEBRADAS, RISARALDA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	F 03	KIT DE PAÑALES	1	94	$1,257,676.00		$1,257,676.00	$1,257,676.00

1

Subtotal	$1,257,676.00
TOTAL	$1,257,676.00

nidades de medida: 94 = unidad

FIRMA EMISOR

FIRMA PROVEEDOR

CUDS: 2086091297e7fc3434b742d9537b1139a1f2a99f43d585090c5c4f769e262f2c27299001785e727552f242029305882f

MENTA Y LIMON ABASTOS



CLAUDIA MERCEDES CARDONA
NIT. 25232617-0
No Responsables de IVA
SERVICIO A DOMICILIO
TEL: 3137531731

FACTURA
No 0169

VENTAS DE ABARROTES, VERDURAS, CARNES Y MAS

DIA	MES	AÑO
19	03	2024

SEÑOR (ES): Fundación canes
NIT : 900.312.087 - 4 **TELEFONO:** 3173704835
DIRECCION: Via morelia fca. paraiso sede tierra de sabios
CORREO: canescba@gmail.com

CANT.	ARTICULO	VR. UNIT.	VR. TOTAL
12	PAÑAL TENA SLIP X 30 M	$ 85.667	$ 1.028.004
10	CREMA ANTIPAÑALITIS X 150	$ 12.516	$ 125.160
4	GUANTES X 100	$ 26.128	$ 104.512
		TOTAL	$ 1.257.676

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio Según ART. 774 del C.C modificado por ART. 5 ley 1231 de 2008.

FIRMA

Fundación CANES
Centro de protección y bienestar para el adulto mayor

PAÑITOS HUMEDOS	
TOTAL PAÑITOS HUMEDOS	$ 1.057.287
APORTE MUNICIPIO	$ 1.057.241
APORTE FUNDACIÓN	$ 46

Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3023982127
E-mail: canescba@gmail.com

Fundación CANES
Centro de protección y bienestar para el adulto mayor

CREMAS ANTIPAÑALITIS	
TOTAL DE CREMAS ANTIPAÑALITIS	$ 963.732 ✓
APORTE MUNICIPIO	$ 963.700 ✓
APORTE FUNDACIÓN	$ 32 ✓

Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3023982127
E-mail: canescba@gmail.com

Fundación CANES
Centro de protección y bienestar para el adulto mayor

KIT DE PAÑALES	
TOTAL KIT DE PAÑALES	$ 7.881.364 ✓
APORTE MUNICIPIO	$ 7.881.341 ✓
APORTE FUNDACIÓN	$ 23

Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3023982127
E-mail: canescba@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.232.617

APELLIDOS CARDONA ACEVEDO

NOMBRES CLAUDIA MERCEDES





FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-1962

VILLAMARIA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-AGO-1983 VILLAMARIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

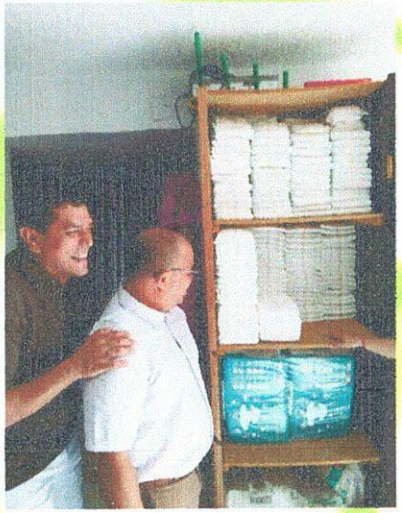
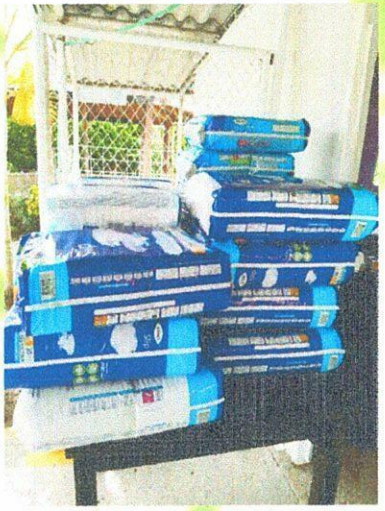
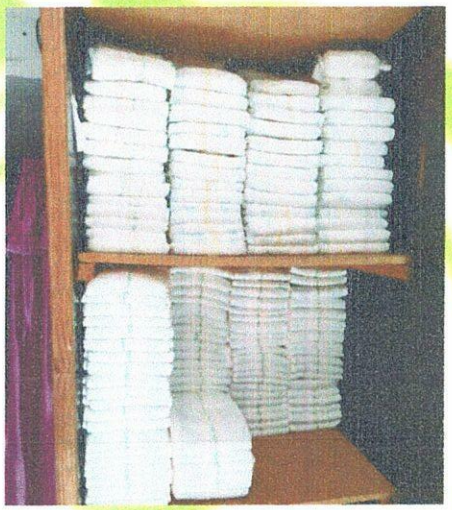
A 0950100 0027989 F 4405256 17 20100104 0021761B1A 1 6852731 3M

REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTREGA PAÑALES

INFORME 04 DE MARZO AL 03 DE ABRIL DEL 2024

Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3108871430
E-mail: canescba@gmail.com

REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTREGA PAÑALES

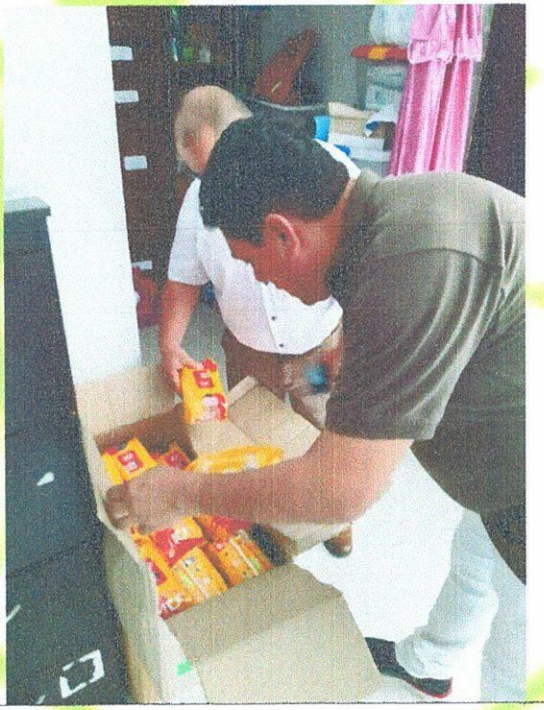





REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTREGA CREMAS ANTIPAÑALITIS Y PAÑITOS HUMEDOS

INFORME 04 DE MARZO AL 03 DE ABRIL DEL 2024

Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3108871430
E-mail: canescba@gmail.com

REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTREGA CREMA ANTIPAÑALITIS Y PAÑITOS HUMEDOS

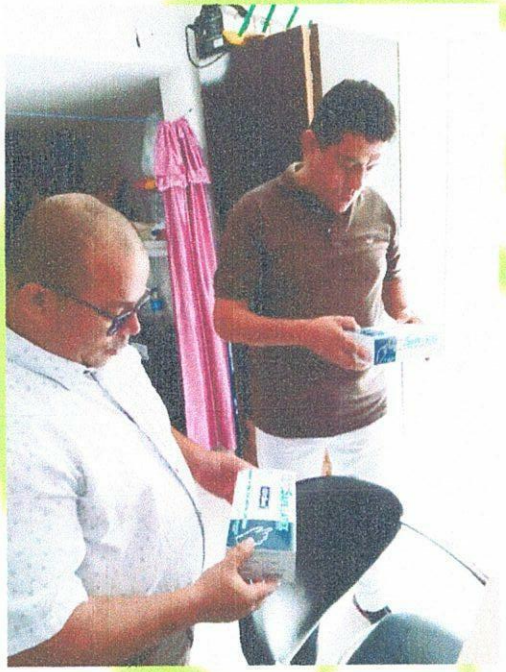

Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3108871430
E-mail: canescba@gmail.com

REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTREGA GUANTES

INFORME 04 DE MARZO AL 03 DE ABRIL DEL 2024

Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3108871430
E-mail: canescba@gmail.com

REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTREGA GUANTES





Fundación CANES

Centro de protección y bienestar para el adulto mayor

KIT DE ASEO

Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3023982127
E-mail: canescba@gmail.com

Alcaldía de PEREIRA

ACTA DE REUNIÓN

Versión: Fecha de Vigencia: Mayo 10 de 2017

Fecha:20/03/2024	**Acta No: 01**	**Hora Inicio:9:00 AM**	**Hora Fin:10.30 AM**
Tema: Apoyo Supervisión Visita entrega kits, aseo, pañales, crema anti-páñalitis, pañitos húmedos, guantes y verificación Botiquín..			
Responsable: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS		**Elaborado por: JHON FREDY VEGA HENAO Y JORGE IVAN ALVAREZ.**	
Proceso / Subproceso / Actividad: CPSAM – Fundación Canes Convenio No. 1552 del 4 de marzo de 2024			
Lugar: CPSAM FUNDACION CANES VEREDA LA NUEVA SIRIA.			

AGENDA	
1.	Revisión y conteo de los kits de aseo, pañales, crema antipáñalitis, pañitos húmedos, guantes y botiquín.
2.	Entrega de kits de aseo.
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

En la fecha nos reunimos con personal de la Fundación Canes: señora María Alejandra Ramírez Cardona Directora Técnica, Diana Triana Auxiliar Administrativo, Andrés Zimijatka Director Administrativo y los contratistas de la Secretaria de Desarrollo Social y Político, Jhon Fredy Vega Henao y Jorge Iván Álvarez, con el fin de revisar y hacer entrega de los componentes que mencionamos a continuación:

1. **Revisión y conteo de los kits de aseo, pañales, crema anti-páñalitis, pañitos húmedos, guantes.**

Se revisa y realiza conteo de los elementos que componen el kit de aseo, los pañales, las cremas anti-pañalitis, los paños húmedos; verificando que todos estén conforme a la propuesta económica o convenio aprobada, para luego realizar la entrega a los adultos mayores de estos elementos.

En el CPSAM se tienen un total de **71** adultos mayores, beneficiarios del convenio. para los cuales se verifica lo siguiente:

Alcaldía de PEREIRA

ACTA DE REUNIÓN

Versión:

Fecha de Vigencia: Mayo 10 de 2017

Fecha:20/03/2024	Acta No: 01	Hora Inicio:9:00 AM	Hora Fin:10.30 AM

Tema: Apoyo Supervisión Visita entrega kits, aseo, pañales, crema anti-páñalitis, pañitos húmedos, guantes y verificación Botiquín..

KITS DE ASEO: Se revisan y se cuentan 61 kits 14 mujeres y 47 hombres**, los cuales constan de 2 champú 100ml, 2 cremas dentales 75ml, 1 desodorante 50g, 1 talco para pies 150g, 1 cepillo dental, 4 rollos de papel higiénico, 1 jabón de baño 110g, 1 crema humectante 120ml y 2 cuchillas, para los hombres, para las damas consta de 2 champú 100ml, 2 cremas dentales 75ml, 1 desodorante 50g, 1 talco para pies 150g, 1 cepillo dental, 4 rollos de papel higiénico, 1 jabón de baño 110g, 1 crema humectante 120ml. NOTA los kits de aseo también en algunos adultos mayores son manejados por las cuidadoras ya que algunos adultos no son capaces de utilizarlos y ellas son las encargadas de suministrarle, aplica para el caso de los adultos que tienen movilidad reducida y otras patologías.**

También **se verifican PAÑALES, CREMA ANTI PAÑALITIS, PAÑITOS HUMENDOS Y GUANTES. Estos son manejados por las cuidadoras quienes son las encargadas de saber quiénes de los adultos lo requiere por su patología.**

Por ultimo se verifica el kit del botiquín.







Alcaldía de PEREIRA

ACTA DE REUNIÓN

Versión: Fecha de Vigencia: Mayo 10 de 2017

Alcaldía de PEREIRA

ACTA DE REUNIÓN

Versión Fecha de Vigencia: Mayo 10 de 2017

Tema: Entrega Kits Canes Fecha: 20 - Marzo - 2017 Acta No: 01

	NOMBRE	PROCESO O ENTIDAD	CARGO	TELÉFONO OFICINA/ CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Ma. Paula Q	Fundación Canes	Director T.	3108331866		
2	Diana Tirado	Fundación C.	Bar. Adm.	3108271430		
3	Andrés Zuluaga	Fundación Canes	Director Administrativo	3		
4	Juan C. Alvarez	SPBP	Candidato	3		
5	Juan Jairo Vega	SPBP	Contador	3154852208		
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

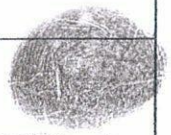
Alcaldía de PEREIRA

CONTROL ENTREGA KITS DE ASEO

Versión: 02

Fecha Vigente: Septiembre 02 de 2021

NOMBRE PROYECTO	ADULTO MAYOR
NOMBRE CPSAM	Fundación Canes Centro De Rehabilitación Ecuestre De Risaralda
PERIODO	4 de marzo al 3 de abril

				GENERO			ELEMENTOS (Reportar cantidades entregadas)										
N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	EDAD	F	M	FECHA DE ENTREGA	Cepillo Dientes (cantidades)	Desodorante 50g	Crema Dental 75ml	Jabón de baño 110g	Papel Higiénico (4 unidades)	Cuchillas (2 unidades)	shampo 200ml	Talco para pies 150gr	Crema humectante 120ml	FIRMA	HUELLA
1	LUIS HORACIO AGUDELO	4398526	81	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
2	JOSE JESUS ALZATE AGUDELO	10076199	73	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
3	MARIA ELVIA ARENAS HERNANDEZ	24374349	86	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		
4	OMAR ARROYAVE	4493118	85	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
5	MARCOS POLIVIO ARTEAGA TOVAR	10009792	68	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
6	MARIA VERONICA BAÑOL MORALES	25035674	75	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		
7	JAIRO DE JESUS BEDOYA CANO	6271825	78	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
8	FERNANDINA BEDOYA CAÑAVERAL	42070494	88	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		

Alcaldía de PEREIRA

CONTROL ENTREGA KITS DE ASEO

Versión: 02

Fecha Vigente: Septiembre 02 de 2021

NOMBRE PROYECTO	ADULTO MAYOR
NOMBRE CPSAM	Fundación Caneś Centro De Rehabilitación Ecuestre De Risaralda
PERIODO	4 de marzo al 3 de abril

				GENERO		ELEMENTOS (Reportar cantidades entregadas)												
N°	**NOMBRE Y APELLIDO**	**CEDULA**	**EDAD**	**F**	**M**	**FECHA DE ENTREGA**	Cepillo Dientes (cantidades)	Desodorante 50g	Crema Dental 75ml	Jabón de baño 110g	Papel Higienico (4 unidades)	Cuchillas (2 unidades)	shampo 200ml	Talco para pies 150gr	Crema humectante 120ml	**FIRMA**	**HUELLA**
9	ABRAHAM ANTONIO BEDOYA OSORIO	1383369	93	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
10	SAMUEL BUITRAGO RAMIREZ	10065767	75	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
11	ORLANDO ANTONIO CARDONA MUÑOZ	10070943	72	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
12	HEVER CEBALLOS	4493761	89	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
13	LEONIDAS CELIS LEMUS	4510724	81	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
14	DEINER ADRIAN CHIQUITO GALEANO	10030042	45	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
15	MARIA ODILIA CICERO RUIZ	31397869	77	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		
16	MIGUEL ANGEL CORREA RAMIREZ	10058278	79	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		

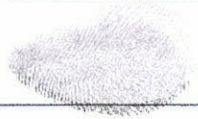
Alcaldía de PEREIRA

CONTROL ENTREGA KITS DE ASEO

Versión: 02

Fecha Vigente: Septiembre 02 de 2021

NOMBRE PROYECTO	ADULTO MAYOR
NOMBRE CPSAM	Fundación Canes Centro De Rehabilitación Ecuestre De Risaralda
PERIODO	4 de marzo al 3 de abril

				GENERO		ELEMENTOS (Reportar cantidades entregadas)											
N°	**NOMBRE Y APELLIDO**	**CEDULA**	**EDAD**	**F**	**M**	**FECHA DE ENTREGA**	Cepillo Dientes (cantidades)	Desodorante 50g	Crema Dental 75ml	Jabón de baño 110g	Papel Higienico (4 unidades)	Cuchillas (2 unidades)	shampo 200ml	Talco para pies 150gr	Crema humectante 120ml	**FIRMA**	**HUELLA**
17	HERMES CUBILLOS RIOS	10088518	66	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
18	HERNAN CUELLAR MEJIA	10097470	68	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
19	OMAR HERNANDO ERAZO DIAZ	83115546	63	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
20	MARIA RUTH ESPINOSA CANO	25242027	89	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		
21	ALVARO ESPINOSA RAMIREZ	10063888	75	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
22	OCTAVIO ESPINOSA RAMIREZ	1361463	86	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
23	LUZ DARY ESTRADA OROZCO	24239858	76	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		
24	GUILLERMO FORERO	148215	89	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		

Alcaldia de PEREIRA

CONTROL ENTREGA KITS DE ASEO

Versión: 02

Fecha Vigente: Septiembre 02 de 2021

NOMBRE PROYECTO	ADULTO MAYOR
NOMBRE CPSAM	Fundación Canes Centro De Rehabilitación Ecuestre De Risaralda
PERIODO	4 de marzo al 3 de abril

				GENERO			ELEMENTOS (Reportar cantidades entregadas)										
N°	**NOMBRE Y APELLIDO**	**CEDULA**	**EDAD**	**F**	**M**	**FECHA DE ENTREGA**	Cepillo Dientes (cantidades)	Desodorante 50g	Crema Dental 75ml	Jabón de baño 110g	Papel Higienico (4 unidades)	Cuchillas (2 unidades)	shampo 200ml	Talco para pies 150gr	Crema humectante 120ml	**FIRMA**	**HUELLA**
25	ALEYDA GALLEGO PALOMINO	42131110	56	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		
26	MARIA LUCIA GIRALDO DE COPETE	25078105	76	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		
27	LUZ MARINA GIRALDO VASQUEZ	1113592759	70	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		
28	GERARDO GOMEZ	2245080	90	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
29	HUMBERTO ANTONIO GONZALEZ HENAO	10057941	80	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
30	LUCIA GONZALEZ PALACIO	22350138	82	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		
31	JUAN DE LA CRUZ GUTIERREZ BUITRAGO	4502076	85	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
32	JOSE LUIS GUTIERREZ GRISALES	15907203	57	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		

Alcaldía de PEREIRA

CONTROL ENTREGA KITS DE ASEO

Versión: 02

Fecha Vigente: Septiembre 02 de 2021

NOMBRE PROYECTO	ADULTO MAYOR
NOMBRE CPSAM	Fundación Canes Centro De Rehabilitación Ecuestre De Risaralda
PERIODO	4 de marzo al 3 de abril

				GENERO		ELEMENTOS (Reportar cantidades entregadas)											
N°	**NOMBRE Y APELLIDO**	**CEDULA**	**EDAD**	**F**	**M**	**FECHA DE ENTREGA**	Cepillo Dientes (cantidades)	Desodorante 50g	Crema Dental 75ml	Jabón de baño 110g	Papel Higienico (4 unidades)	Cuchillas (2 unidades)	shampo 200ml	Talco para pies 150gr	Crema humectante 120ml	**FIRMA**	**HUELLA**
33	CARLOS EMILIO GUTIERREZ GUTIERREZ	4499337	88	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
34	JAIME HERRERA BUITRAGO	6522871	76	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
35	MARIA DE LOS ANGELES JARAMILLO LONDOÑO	24931122	80	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		
36	GILDARDO DE JESUS LONDOÑO CARDONA	4516130	86	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
37	JOSE ALDEMAR LONDOÑO VILLA	6479941	82	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
38	JOSE DIEGO LOPEZ BEDOYA	10103349	63	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
39	GERARDO DE JESUS MARIN	4577454	70	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
40	RAUL ANTONIO MORALES VELASCO	4537788	70	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		

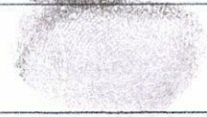
Alcaldía de PEREIRA

CONTROL ENTREGA KITS DE ASEO

Versión: 02

Fecha Vigente: Septiembre 02 de 2021

NOMBRE PROYECTO	ADULTO MAYOR
NOMBRE CPSAM	Fundación Canes Centro De Rehabilitación Ecuestre De Risaralda
PERIODO	4 de marzo al 3 de abril

				GENERO		ELEMENTOS (Reportar cantidades entregadas)											
N°	**NOMBRE Y APELLIDO**	**CEDULA**	**EDAD**	**F**	**M**	**FECHA DE ENTREGA**	Cepillo Dientes (cantidades)	Desodorante 50g	Crema Dental 75ml	Jabón de baño 110g	Papel Higienico (4 unidades)	Cuchillas (2 unidades)	shampo 200ml	Talco para pies 150gr	Crema humectante 120ml	FIRMA	**HUELLA**
41	DORANCE MORENO AGUIRRE	1088254072	58	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
42	MARCO ANTONIO MOSQUERA VALENZUELA	4641717	83	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
43	JAIME DE JESUS MUÑOZ BERNAL	4492842	86	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
44	JAVIER NIETO VALENCIA	10064343	75	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
45	LUIS ALFONSO OROZCO GARCIA	10069588	73	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
46	GUSTAVO OSORIO GIRALDO	4510313	82	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
47	MARIO OSPINA ZAPATA	10096000	64	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
48	HERNAN POVEDA	83225626	57	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		

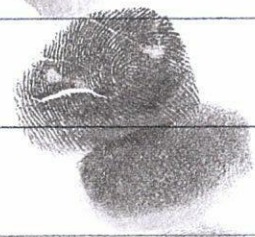
Alcaldía de PEREIRA

CONTROL ENTREGA KITS DE ASEO

Versión: 02

Fecha Vigente: Septiembre 02 de 2021

NOMBRE PROYECTO	ADULTO MAYOR
NOMBRE CPSAM	Fundación Canes Centro De Rehabilitación Ecuestre De Risaralda
PERIODO	4 de marzo al 3 de abril

N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	EDAD	GENERO		FECHA DE ENTREGA	ELEMENTOS (Reportar cantidades entregadas)									FIRMA	HUELLA
				F	M		Cepillo Dientes (cantidades)	Desodorante 50g	Crema Dental 75ml	Jabón de baño 110g	Papel Higienico (4 unidades)	Cuchillas (2 unidades)	shampo 200ml	Talco para pies 150gr	Crema humectante 120ml		
49	GREGORIO ANTONIO PULGARIN OROZCO	4492189	99	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
50	BLANCA NUBIA RAMIREZ JARAMILLO	34059127	69	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		
51	LUIS CARLOS RIVERA	1088328844	81	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
52	BERNARDO ANTONIO RODRIGUEZ MARIN	10058908	77	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
53	LUIS ANIBAL RUIZ PULGARIN	1340315	90	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
54	NELSON DE JESUS SALAZAR VALENCIA	4495711	85	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
55	SAMUEL HIDALGO SALDARRIAGA LONDOÑO	1291763	83	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
56	GERARDINA DE JESUS SUAREZ MARIN	29446461	79	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		

Alcaldía de PEREIRA

CONTROL ENTREGA KITS DE ASEO

Versión: 02 — Fecha Vigente: Septiembre 02 de 2021

NOMBRE PROYECTO	ADULTO MAYOR
NOMBRE CPSAM	Fundación Canes Centro De Rehabilitación Ecuestre De Risaralda
PERIODO	4 de marzo al 3 de abril

				GENERO		ELEMENTOS (Reportar cantidades entregadas)												
N°	**NOMBRE Y APELLIDO**	**CEDULA**	**EDAD**	**F**	**M**	**FECHA DE ENTREGA**	Cepillo Dientes (cantidades)	Desodorante 50g	Crema Dental 75ml	Jabón de baño 110g	Papel Higienico (4 unidades)	Cuchillas (2 unidades)	shampo 200ml	Talco para pies 150gr	Crema humectante 120ml	FIRMA	HUELLA
57	FABIO DE JESUS TABORDA DIAZ	1369351	86	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
58	CONRADO DE JESUS VANEGAS MARIN	3397751	83	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
59	LUZ DARY VASQUEZ JIMENEZ	43287299	52	x	.	20/03/2024	1	1	1	1	4	0	1	1	1		
60	LEONEL ALFONSO VELEZ CABEZAS	2581512	89	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		
61	CARLOS ALBERTO VELEZ CATAÑO	15915689	60	.	x	20/03/2024	1	1	1	1	4	2	1	1	1		

COORDINADOR		**NOMBRE DE PERSONA QUE APOYA LA**	
NOMBRE	M.ª Alejandra Ramírez Q	**NOMBRE**	
CÉDULA	1088306409	**CÉDULA**	
FIRMA	M.ª Alejandra Ramírez Q	**FIRMA**	
CELULAR	3105316662	**CELULAR**	
ENTIDAD	Fundación Canes Centro De Rehabilitación Ecuestre De Risaralda	**ENTIDAD**	Secretaria de Desarrollo Social Alcaldia de Pereira
OBSERVACION:			



FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA

NIT: 900312087
Correo: fundacioncanes9@gmail.com
Teléfono: 3173704835
SEC NUEVA SIRIA VIA MORELIA FCA EL PARAISO SEDE TIERRA DE SABIOS

Tipo Comprobante	Egreso
Número	360
Fecha de Causación	31/03/2024
Fecha de Generación	05/04/2024

DESCRIPCIÓN: PAGO KIT DE ASEO FRA 155

#	CUENTA CONTABLE	DETALLE	TERCERO	DEBITO	CREDITO
1	233595 - Otros	PAGO KIT DE ASEO FRA 155	CLAUDIA CARDONA - 25232617	$1,213,837.00	
2	110505 - Caja general	PAGO KIT DE ASEO FRA 155	CLAUDIA CARDONA - 25232617		$1,213,837.00
			TOTALES	$1,213,837.00	$1,213,837.00 ✓

Fundación CANES
Centro de Estimulación

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar DSE - 291

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica
No. 18764053143049 de 05/08/2023 - 05/08/2024 autoriza DSE-1 a DSE-10000

FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA
NIT 900312087
Actividad Económica Principal 8730
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	31/03/2024 15:20
Fecha de Vencimiento	31/03/2024 15:20
Forma de Pago	Contado
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA
Nombre Comercial	CANES
NIT	900312087
Obligación	NO APLICA
Email	fundacioncanes9@gmail.com
Teléfono	3173704835
Dirección	SEC NUEVA SIRIA VIA MORELIA FCA EL PARAISO SEDE TIERRA DE SABIOS
Ciudad, Depart.	PEREIRA, RISARALDA (CO)

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social	CLAUDIA MERCEDES CARDONA ACEVEDO
Nombre Comercial	
NIT	25232617
Obligación	NO APLICA
Email	Clameca29@hotmail.com
Teléfono	3137531731
Dirección	CL 21 # 33 - 40 CON MIRADOR DE LA PRADERA
Ciudad, Depart.	DOSQUEBRADAS, RISARALDA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	F 04	KIT DE ASEO	1	94	$1,213,837.00		$1,213,837.00	$1,213,837.00

1

Subtotal	$1,213,837.00
TOTAL	✓ $1,213,837.00

Unidades de medida: 94 = unidad

FIRMA EMISOR

FIRMA PROVEEDOR

CUDS: e0e57ff961cbe6782a0522654dab3454f55803a118c81bd08ae4582928846e275b7e44ed22caef9e38944ed7f9b265ea

MENTA Y LIMON ABASTOS



CLAUDIA MERCEDES CARDONA
NIT. 25232617-0
No Responsables de IVA
SERVICIO A DOMICILIO
TEL: 3137531731

FACTURA
No 0155

VENTAS DE ABARROTES, VERDURAS, CARNES Y MAS

DIA	MES	AÑO
06	03	2024

SEÑOR (ES): Fundación canes

NIT : 900.312.087 - 4 **TELEFONO:** 3173704835

DIRECCION: Via morelia fca. paraiso sede tierra de sabios

CORREO: canescba@gmail.com

CANT.	ARTICULO	VR. UNIT.	VR. TOTAL
26	CREMA PARA CUERPO Y MANOS	$ 12.747	$ 331.422
13	MAQUINA DE AFEITAR	$ 4.895	$ 63.635
15	CREMA DE DIENTES	$ 6.667	$ 100.005
20	DESODORANTE	$ 13.265	$ 265.300
27	JABON BAÑO	$ 2.988	$ 80.676
19	PAPEL HIGIENICO X 4	$ 7.980	$ 151.620
19	TALCO PARA PIES 1	$ 11.641	$ 221.179
		TOTAL	$ 1.213.837

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio Según ART. 774 del C.C modificado por ART. 5 ley 1231 de 2008.

FIRMA _____



FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA

NIT: 900312087
Correo: fundacioncanes9@gmail.com
Teléfono: 3173704835
SEC NUEVA SIRIA VIA MORELIA FCA EL PARAISO SEDE TIERRA DE SABIOS

Tipo Comprobante	Egreso
Número	350
Fecha de Causación	28/03/2024
Fecha de Generación	02/04/2024

DESCRIPCIÓN: PAGO KIT DE ASEO FRA 0156

#	CUENTA CONTABLE	DETALLE	TERCERO	DEBITO	CREDITO
1	133005 - A proveedores	PAGO KIT DE ASEO FRA 0156	CLAUDIA CARDONA - 25232617	$1,019,593.00	
2	110505 - Caja general	PAGO KIT DE ASEO FRA 0156	CLAUDIA CARDONA - 25232617		$1,019,593.00
			TOTALES	$1,019,593.00	$1,019,593.00

Fundación CANES
Centro de Estimulación

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar DSE - 292

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica
No. 18764053143049 de 05/08/2023 - 05/08/2024 autoriza DSE-1 a DSE-10000

FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA
NIT 900312087
Actividad Económica Principal 8730
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	31/03/2024 15:21
Fecha de Vencimiento	31/03/2024 15:21
Forma de Pago	Contado
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA
Nombre Comercial	CANES
NIT	900312087
Obligación	NO APLICA
Email	fundacioncanes9@gmail.com
Teléfono	3173704835
Dirección	SEC NUEVA SIRIA VIA MORELIA FCA EL PARAISO SEDE TIERRA DE SABIOS
Ciudad, Depart.	PEREIRA, RISARALDA (CO)

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social	CLAUDIA MERCEDES CARDONA ACEVEDO
Nombre Comercial	
NIT	25232617
Obligación	NO APLICA
Email	Clameca29@hotmail.com
Teléfono	3137531731
Dirección	CL 21 # 33 - 40 CON MIRADOR DE LA PRADERA
Ciudad, Depart.	DOSQUEBRADAS, RISARALDA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	F 04	KIT DE ASEO	1	94	$1,019,593.00		$1,019,593.00	$1,019,593.00

1

Subtotal	$1,019,593.00
TOTAL	$1,019,593.00

Unidades de medida: 94 = unidad

FIRMA EMISOR

FIRMA PROVEEDOR

CUDS: 0f3225665211f433af6bdeae6a594fb65df3080ee3a86312b4a473e92595ffdc4747ee91404c22300ee9366bb459a5fa

MENTA Y LIMON ABASTOS



CLAUDIA MERCEDES CARDONA A.
NIT. 25232617-
No Responsables de IVA
SERVICIO A DOMICILIO
TEL: 3137531731

FACTURA
No 0156

VENTAS DE ABARROTES, VERDURAS, CARNES Y MAS

DIA	MES	AÑO
07	03	2024

SEÑOR (ES): Fundación canes

NIT : 900.312.087 - 4 **TELEFONO:** 3173704835

DIRECCION: Via morelia fca. paraiso sede tierra de sabios

CORREO: canescba@gmail.com

CANT.	ARTICULO	VR. UNIT.	VR. TOTAL
26	CREMA PARA CUERPO Y MANOS	$ 12.747	$ 331.422
24	SHAMPOO	$ 14.543	$ 349.032
20	CEPILLO DE DIENTES COLGATE GD	$ 2.176	$ 43.527
21	PAPEL HIGIENICO X 4	$ 7.980	$ 167.580
6	CREMAS DE DIENTES	$ 6.909	$ 41.454
9	MAQUINA DE AFEITAR	$ 4.895	$ 44.055
1	DESODORANTE	$ 13.265	$ 13.265
2	JABON BAÑO	$ 2.988	$ 5.976
2	TALCO PARA PIES 1	$ 11.641	$ 23.282
		TOTAL	$ 1.019.593

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio Según ART. 774 del C.C modificado por ART. 5 ley 1231 de 2008.

FIRMA _____



FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA

NIT: 900312087
Correo: fundacioncanes9@gmail.com
Teléfono: 3173704835
SEC NUEVA SIRIA VIA MORELIA FCA EL PARAISO SEDE TIERRA DE SABIOS

Tipo Comprobante	Egreso
Número	351
Fecha de Causación	28/03/2024
Fecha de Generación	02/04/2024

DESCRIPCIÓN: PAGO KIT DE ASEO FRA 0158

#	CUENTA CONTABLE	DETALLE	TERCERO	DEBITO	CREDITO
1	133005 - A proveedores	PAGO KIT DE ASEO FRA 0158	CLAUDIA CARDONA - 25232617	$1,195,396.00	
2	110505 - Caja general	PAGO KIT DE ASEO FRA 0158	CLAUDIA CARDONA - 25232617		$1,195,396.00
			TOTALES	$1,195,396.00	$1,195,396.00

Fundación CANES
Centro de Estimulación

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar DSE - 293

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica
No. 18764053143049 de 05/08/2023 - 05/08/2024 autoriza DSE-1 a DSE-10000

FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA
NIT 900312087
Actividad Económica Principal 8730
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	31/03/2024 15:23
Fecha de Vencimiento	31/03/2024 15:23
Forma de Pago	Contado
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA
Nombre Comercial	CANES
NIT	900312087
Obligación	NO APLICA
Email	fundacioncanes9@gmail.com
Teléfono	3173704835
Dirección	SEC NUEVA SIRIA VIA MORELIA FCA EL PARAISO SEDE TIERRA DE SABIOS
Ciudad, Depart.	PEREIRA, RISARALDA (CO)

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social	CLAUDIA MERCEDES CARDONA ACEVEDO
Nombre Comercial	
NIT	25232617
Obligación	NO APLICA
Email	Clameca29@hotmail.com
Teléfono	3137531731
Dirección	CL 21 # 33 - 40 CON MIRADOR DE LA PRADERA
Ciudad, Depart.	DOSQUEBRADAS, RISARALDA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	F 04	KIT DE ASEO	1	94	$1,195,396.00		$1,195,396.00	$1,195,396.00

1

Subtotal	$1,195,396.00
TOTAL	$1,195,396.00

Unidades de medida: 94 = unidad

FIRMA EMISOR

FIRMA PROVEEDOR

CUDS: b94ce12c39d1b0248d558409c7d59ec32dfbb27e71e065ad3bea79e4f51f904228d9a10c1d1a3371a7559e9a748c64f4

MENTA Y LIMON ABASTOS



CLAUDIA MERCEDES CARDONA A.
NIT. 25232617-
No Responsables de IVA
SERVICIO A DOMICILIO
TEL: 3137531731

FACTURA
No 0158

VENTAS DE ABARROTES, VERDURAS, CARNES Y MAS

DIA	MES	AÑO
09	03	2024

SEÑOR (ES): Fundación canes

NIT : 900.312.087 - 4 **TELEFONO:** 3173704835

DIRECCION: Via morelia fca. paraiso sede tierra de sabios

CORREO: canescba@gmail.com

CANT.	ARTICULO	VR. UNIT.	VR. TOTAL
10	MAQUINA DE AFEITAR	$ 4.895	$ 48.950
26	CREMA DE DIENTES	$ 6.909	$ 179.634
19	DESODORANTE	$ 13.265	$ 252.035
18	JABON BAÑO	$ 2.988	$ 53.784
23	TALCO PARA PIES 1	$ 11.641	$ 267.743
23	SHAMPOO	$ 14.543	$ 334.489
27	CEPILLO DE DIENTES COLGATE GD	$ 2.176	$ 58.761
		TOTAL	$ 1.195.396

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio Según ART. 774 del C.C modificado por ART. 5 ley 1231 de 2008.

FIRMA _____



FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA

NIT: 900312087
Correo: fundacioncanes9@gmail.com
Teléfono: 3173704835
SEC NUEVA SIRIA VIA MORELIA FCA EL PARAISO SEDE TIERRA DE SABIOS

Tipo Comprobante	Egreso
Número	352
Fecha de Causación	28/03/2024
Fecha de Generación	02/04/2024

DESCRIPCIÓN: PAGO KIT DE ASEO FRA 0164

#	CUENTA CONTABLE	DETALLE	TERCERO	DEBITO	CREDITO
1	133005 - A proveedores	PAGO KIT DE ASEO FRA 0164	CLAUDIA CARDONA - 25232617	$1,204,819.00	
2	110505 - Caja general	PAGO KIT DE ASEO FRA 0164	CLAUDIA CARDONA - 25232617		$1,204,819.00
			TOTALES	$1,204,819.00	$1,204,819.00

Fundación CANES
Centro de Estimulación

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar DSE - 294

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica
No. 18764053143049 de 05/08/2023 - 05/08/2024 autoriza DSE-1 a DSE-10000

FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA
NIT 900312087
Actividad Económica Principal 8730
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	31/03/2024 15:23
Fecha de Vencimiento	31/03/2024 15:23
Forma de Pago	Contado
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	FUNDACION CANES CENTRO DE REHABILITACION ECUESTRE DE RISARALDA
Nombre Comercial	CANES
NIT	900312087
Obligación	NO APLICA
Email	fundacioncanes9@gmail.com
Teléfono	3173704835
Dirección	SEC NUEVA SIRIA VIA MORELIA FCA EL PARAISO SEDE TIERRA DE SABIOS
Ciudad, Depart.	PEREIRA, RISARALDA (CO)

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social	CLAUDIA MERCEDES CARDONA ACEVEDO
Nombre Comercial	
NIT	25232617
Obligación	NO APLICA
Email	Clameca29@hotmail.com
Teléfono	3137531731
Dirección	CL 21 # 33 - 40 CON MIRADOR DE LA PRADERA
Ciudad, Depart.	DOSQUEBRADAS, RISARALDA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	F 04	KIT DE ASEO	1	94	$1,204,819.00		$1,204,819.00	$1,204,819.00

1

Subtotal	$1,204,819.00
TOTAL	$1,204,819.00

Unidades de medida: 94 = unidad

FIRMA EMISOR

FIRMA PROVEEDOR

CUDS: 7f3835d359a621ef1721273eeafb95121bc5a6d3f95ef1baad04348764f276c76c577e9ff70f776e99e0e3ed1fd93b16
Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

MENTA Y LIMON ABASTOS



CLAUDIA MERCEDES CARDONA
NIT. 25232617-0
No Responsables de IVA
SERVICIO A DOMICILIO
TEL: 3137531731

FACTURA
No 0164

VENTAS DE ABARROTES, VERDURAS, CARNES Y MAS

DIA	MES	AÑO
14	03	2024

SEÑOR (ES): Fundación canes

NIT : 900.312.087 - 4 **TELEFONO:** 3173704835

DIRECCION: Via morelia fca. paraiso sede tierra de sabios

CORREO: canescba@gmail.com

CANT.	ARTICULO	VR. UNIT.	VR. TOTAL
9	CREMA PARA CUERPO Y MANOS	$ 12.747	$ 114.723
15	MAQUINA DE AFEITAR	$ 4.895	$ 73.425
14	CEPILLO DE DIENTES COLGATE GD	$ 2.176	$ 30.469
14	CREMA DE DIENTES	$ 6.909	$ 96.726
21	DESODORANTE	$ 13.265	$ 278.565
14	JABON BAÑO	$ 2.988	$ 41.832
21	PAPEL HIGIENICO X 4	$ 7.980	$ 167.580
17	TALCO PARA PIES 1	$ 11.641	$ 197.897
14	SHAMPOO	$ 14.543	$ 203.602
		TOTAL	$ 1.204.819

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio Según ART. 774 del C.C modificado por ART. 5 ley 1231 de 2008.

FIRMA _____

Fundación CANES
Centro de protección y bienestar para el adulto mayor

KIT DE ASEO	
TOTAL KIT DE ASEO	$ 4.633.645
APORTE MUNICIPIO	$ 4.407.250
APORTE FUNDACIÓN	$ 226.395

Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3023982127
E-mail: canescba@gmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

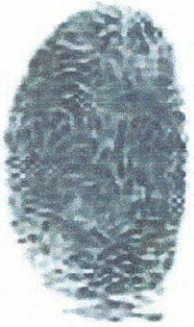
NÚMERO 25.232.617
CARDONA ACEVEDO

APELLIDOS

CLAUDIA MERCEDES

NOMBRES



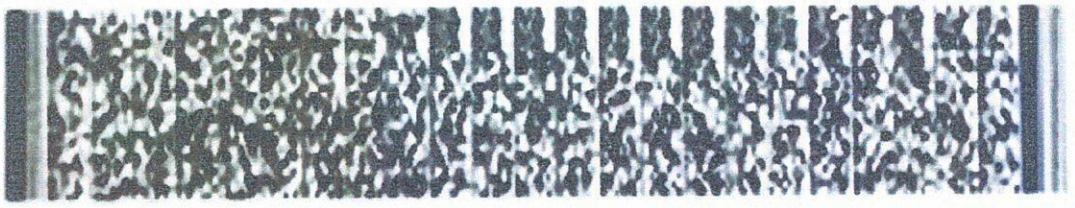


FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-1962
VILLAMARIA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-AGO-1983 VILLAMARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



A 0850100 00227869 F 4025260 17-20100104 00217 1A 1

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14935658397

(415)7707212489984(8020) 000001493565839 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
2 5 2 3 2 6 1 7	0	Impuestos y Aduanas de Pereira	1 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	25232617	1 9 8 3 0 8 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Villamaría 8 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARDONA	ACEVEDO	CLAUDIA	MERCEDES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
MENTA Y LIMON ABASTOS	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Dosquebradas 1 7 0

41. Dirección principal: CL 21 # 33 - 40 CON MIRADOR DE LA PRADERA

42. Correo electrónico: lcuartas@oikobackoffice.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 7 2 9	2 0 2 3 0 1 1 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 2023 - 08 - 15 / 19 : 06: 18

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre CARDONA ACEVEDO CLAUDIA MERCEDES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTREGA KITS DE ASEO PERSONAL

INFORME 04 DE MARZO AL 03 DE ABRIL DEL 2024

Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3108871430
E-mail: canescba@gmail.com

REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTREGA DE KITS DE ASEO PERSONAL







Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3108871430
E-mail: canescba@gmail.com





Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3108871430
E-mail: canescba@gmail.com

Fundación CANES
Centro de protección y bienestar para el adulto mayor

REGISTROS FOTOGRAFICOS INFORME DE ACTIVIDADES VIGENCIA 2024







Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3108871430
E-mail: canescba@gmail.com

El futuro es de todos | DNP Departamento Nacional de Planeación

Sisbén

Registro válido

A5

GRUPO SISBÉN
Pobreza extrema

Fecha de Consulta	**27/08/2021**
Ficha	**660011641277400005440**

DATOS PERSONALES

Nombres	**CARLOS ALBERTO**
Apellidos	**VELEZ CATAÑO**
Tipo de documento	**Cédula de ciudadanía**
Número de documento	**15915689**
Municipio	**Pereira**
Departamento	**Risaralda**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente	**18/08/2021**
Última actualización del ciudadano	**18/08/2021**
Última actualización vía registros administrativos	

* Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén más cercana

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Ni pobre ni vulnerable

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.510.313

OSORIO GIRALDO
APELLIDOS

GUSTAVO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1942

PALESTINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

18-FEB-1965 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2400100-54129061-M-0004510313-20041117 02099 04322B 02 169619516

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/02/2022

B4

Ficha: 66001024563900000222

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GUSTAVO

Apellidos: OSORIO GIRALDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4510313

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/11/2019

Última actualización ciudadano: 05/11/2019

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

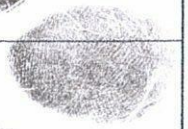
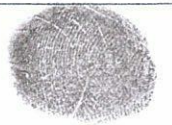
Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Alcaldía de PEREIRA

ALOJAMIENTO

Versión: 02 — Vigencia: Septiembre

PERIODO: 4 de marzo al 3 de abril | **NOMBRE DEL PROYECTO:** ADULTO MAYOR | **NOMBRE DEL CPSAM:** Fundación canes | **NIT:** 900312087 - 4

N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	EDAD	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	TOTAL ENTREGAS DIARIAS	FIRMA	HUELLA
1	LUIS HORACIO AGUDELO	4398526	81	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
2	JOSE JESUS ALZATE AGUDELO	10076199	73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
3	MARIA ELVIA ARENAS HERNANDEZ	24374349	86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
4	OMAR ARROYAVE	4493118	85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
5	MARCOS POLIVIO ARTEAGA TOVAR	10009792	68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
6	MARIA VERONICA BAÑOL MORALES	25035674	75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
7	JAIRO DE JESUS BEDOYA CANO	6271825	78	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
8	FERNANDINA BEDOYA CAÑAVERAL	42070494	88	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		

Alcaldía de PEREIRA

ALOJAMIENTO

Versión: 02 — Vigencia: Septiembre

PERIODO: 4 de marzo al 3 de abril | **NOMBRE DEL PROYECTO:** ADULTO MAYOR | **NOMBRE DEL CPSAM:** Fundación canes | **NIT:** 900312087 - 4

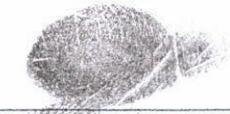
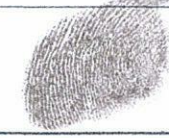
N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	EDAD	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	TOTAL ENTREGAS DIARIAS	FIRMA	HUELLA
9	ABRAHAM ANTONIO BEDOYA OSORIO	1383369	93	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
10	SAMUEL BUITRAGO RAMIREZ	10065767	75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
11	ORLANDO ANTONIO CARDONA MUÑOZ	10070943	72	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
12	HEVER CEBALLOS	4493761	89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
13	LEONIDAS CELIS LEMUS	4510724	81	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
14	DEINER ADRIAN CHIQUITO GALEANO	10030042	45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
15	MARIA ODILIA CICERO RUIZ	31397869	77	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
16	MIGUEL ANGEL CORREA RAMIREZ	10058278	79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		

Alcaldía de PEREIRA

ALOJAMIENTO

Versión: 02 — Vigencia: Septiembre

PERIODO: 4 de marzo al 3 de abril | **NOMBRE DEL PROYECTO:** ADULTO MAYOR | **NOMBRE DEL CPSAM:** Fundación canes | **NIT:** 900312087 - 4

N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	EDAD	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	TOTAL ENTREGAS DIARIAS	FIRMA	HUELLA
17	HERMES CUBILLOS RIOS	10088518	66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
18	HERNAN CUELLAR MEJIA	10097470	68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
19	OMAR HERNANDO ERAZO DIAZ	83115546	63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
20	MARIA RUTH ESPINOSA CANO	25242027	89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
21	ALVARO ESPINOSA RAMIREZ	10063888	75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
22	OCTAVIO ESPINOSA RAMIREZ	1361463	86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
23	LUZ DARY ESTRADA OROZCO	24239858	76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
24	GUILLERMO FORERO	148215	89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		

Alcaldía de PEREIRA

ALOJAMIENTO

Versión: 02 — Vigencia: Septiembre

PERIODO: 4 de marzo al 3 de abril | **NOMBRE DEL PROYECTO:** ADULTO MAYOR | **NOMBRE DEL CPSAM:** Fundación canes | **NIT:** 900312087 - 4

N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	EDAD	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	TOTAL ENTREGAS DIARIAS	FIRMA	HUELLA
25	ALEYDA GALLEGO PALOMINO	42131110	56	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
26	MARIA LUCIA GIRALDO DE COPETE	25078105	76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
27	LUZ MARINA GIRALDO VASQUEZ	1113592759	70	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
28	GERARDO GOMEZ	2245080	90	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
29	HUMBERTO ANTONIO GONZALEZ HENAO	10057941	80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
30	LUCIA GONZALEZ PALACIO	22350138	82	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
31	JUAN DE LA CRUZ GUTIERREZ BUITRAGO	4502076	85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
32	JOSE LUIS GUTIERREZ GRISALES	15907203	57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		

Alcaldía de PEREIRA

ALOJAMIENTO

Versión: 02 — Vigencia: Septiembre

PERIODO: 4 de marzo al 3 de abril | **NOMBRE DEL PROYECTO:** ADULTO MAYOR | **NOMBRE DEL CPSAM:** Fundación canes | **NIT:** 900312087 - 4

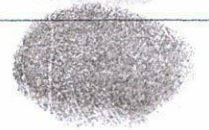
N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	EDAD	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	TOTAL ENTREGAS DIARIAS	FIRMA	HUELLA
33	CARLOS EMILIO GUTIERREZ GUTIERREZ	4499337	88	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
34	JAIME HERRERA BUITRAGO	6522871	76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
35	MARIA DE LOS ANGELES JARAMILLO LON	24931122	80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
36	GILDARDO DE JESUS LONDOÑO CARDON	4516130	86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
37	JOSE ALDEMAR LONDOÑO VILLA	6479941	82	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
38	JOSE DIEGO LOPEZ BEDOYA	10103349	63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
39	GERARDO DE JESUS MARIN	4577454	70	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
40	RAUL ANTONIO MORALES VELASCO	4537788	70	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		

Alcaldía de PEREIRA

ALOJAMIENTO

Versión: 02 — Vigencia: Septiembre

PERIODO: 4 de marzo al 3 de abril | **NOMBRE DEL PROYECTO:** ADULTO MAYOR | **NOMBRE DEL CPSAM:** Fundación canes | **NIT:** 900312087 - 4

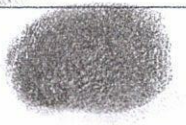
N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	EDAD	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	TOTAL ENTREGAS DIARIAS	FIRMA	HUELLA
41	DORANCE MORENO AGUIRRE	1088254072	58	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
42	MARCO ANTONIO MOSQUERA VALENZUELA	4641717	83	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
43	JAIME DE JESUS MUÑOZ BERNAL	4492842	86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
44	JAVIER NIETO VALENCIA	10064343	75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
45	LUIS ALFONSO OROZCO GARCIA	10069588	73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
46	GUSTAVO OSORIO GIRALDO	4510313	82	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
47	MARIO OSPINA ZAPATA	10096000	64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
48	HERNAN POVEDA	83225626	57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		

Alcaldía de PEREIRA

ALOJAMIENTO

Versión: 02 — Vigencia: Septiembre

PERIODO: 4 de marzo al 3 de abril | **NOMBRE DEL PROYECTO:** ADULTO MAYOR | **NOMBRE DEL CPSAM:** Fundación canes | **NIT:** 900312087 - 4

N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	EDAD	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	TOTAL ENTREGAS DIARIAS	FIRMA	HUELLA
49	GREGORIO ANTONIO PULGARIN OROZCO	4492189	99	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
50	BLANCA NUBIA RAMIREZ JARAMILLO	34059127	69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
51	LUIS CARLOS RIVERA	1088328844	81	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
52	BERNARDO ANTONIO RODRIGUEZ MARIN	10058908	77	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
53	LUIS ANIBAL RUIZ PULGARIN	1340315	90	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
54	NELSON DE JESUS SALAZAR VALENCIA	4495711	85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
55	SAMUEL HIDALGO SALDARRIAGA LONDO	1291763	83	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
56	GERARDINA DE JESUS SUAREZ MARIN	29446461	79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		

Alcaldía de PEREIRA

ALOJAMIENTO

Versión: 02 — Vigencia: Septiembre

PERIODO: 4 de marzo al 3 de abril | **NOMBRE DEL PROYECTO:** ADULTO MAYOR | **NOMBRE DEL CPSAM:** Fundación canes | **NIT:** 900312087 - 4

N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	EDAD	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	TOTAL ENTREGAS DIARIAS	FIRMA	HUELLA
57	FABIO DE JESUS TABORDA DIAZ	1369351	86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
58	CONRADO DE JESUS VANEGAS MARIN	3397751	83	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
59	LUZ DARY VASQUEZ JIMENEZ	43287299	52	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
60	LEONEL ALFONSO VELEZ CABEZAS	2581512	89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
61	CARLOS ALBERTO VELEZ CATAÑO	15915689	60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
	TOTAL																																	1.830		10.980

OBSERVACIONES:

FIRMA DIRECTORA TECNICA: María Alejandra Ramírez C

NOMBRE: María Alejandra Ramírez Cardona

CELULAR: 3105316262

ALCALDIA DE PEREIRA

Fundación CANES

Centro de protección y bienestar para el adulto mayor

ADULTOS MAYORES RETIRADOS

Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3023982127
E-mail: canescba@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.510.313

OSORIO GIRALDO
APELLIDOS

GUSTAVO
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1942

PALESTINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O-
G.S. RH

M
SEXO

18-FEB-1965 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2400100-54129061-M-0004510313-20041117 0209904322B 02 169619516

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24043120533008

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento: RISARALDA | Municipio: PEREIRA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Area: Cabecera Municipal | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2024-04-03	09:30:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	4510313

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
OSORIO	GIRALDO	GUSTAVO	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | Número de documento: 1037656285

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ARISTIZABAL	SEPULVEDA	SARA	BEATRIZ

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1037656285

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: RISARALDA | Municipio: PEREIRA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Año - Mes - Día: 2024-04-03

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN



Código verificación: 93E4-FB2E-1DBF-39AA

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2024-04-03 14:17

Fundación CANES

Centro de protección y bienestar para el adulto mayor

ADULTOS MENORES DE 60 AÑOS

Sec Nueva Siria Vía Morelia Fca El Paraíso Sede Tierra de Sabios Whatsapp 3173704835 Celular 3023982127
E-mail: canescba@gmail.com

Fundación CANES
Centro de protección y bienestar para el adulto mayor

Nº	NOMBRES	APELLIDOS	CEDULA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	FECHA DE INGRESO	ACTIVO	OBSERVACION
1	DEINER ADRIAN	CHIQUITO GALEANO	10030042	09/02/1979	45	04/03/2024	si	TIENE UN TRASTONO MENTAL Y DE COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO DE COCAINA Y CEGUERA VINOCULAR SE ENTREGA REMISION Y HISTORIA CLINICA
2	ALEYDA	GALLEGO PALOMINO	42131110	11/01/1968	56	04/03/2024	si	TIENE ENFERMEDAD MENTAL DE BASE SE ENTREGA REMISION E HISTORIA CLINICA
3	JOSE LUIS	GUTIERREZ GRISALES	15907203	18/02/1967	57	04/03/2024	si	ES UN PACIENTE OXIGENO DEPENDIENTE SE ENTREGA REMISION Y HISTORIA CLINICA
4	DONRANCE	MORENO AGUIRRE	1088254072	29/07/1965	58	04/03/2024	si	PACIENTE CON CONVULCIONES, TRASTORNO PSICOTICO ORGANICO SE ENTREGA REMISION E HISTORIA CLINICA
5	HERNAN	POVEDA	83225626	14/06/1966	57	04/03/2024	si	TIENE UNA RNM DE COLUMNA LUMBAR SE ENTREGA REMISION Y CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
6	LUZ DARY	VASQUEZ JIMENEZ	43287299	07/09/1971	52	04/03/2024	si	TIENE ENFERMEDAD MENTAL DE BASE SE ENTREGA REMISION E HISTORIA CLINICA

MARIA ALEJANDRA RAMIREZ CARDONA
C.C. 1.088.300.699
DIRECTORA TECNICA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **10.030.042**

CHIQUITO GALEANO

APELLIDOS

DEINER ADRIAN

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-FEB-1979**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-MAY-1998 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2400100-01360215-M-0010030042-20230606 **01162**85908A 1 8508398847

HOMERIS
E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA
Nit. 891412134-1
HISTORIA CLÍNICA
PSICOLOGÍA AMBULATORIA

Nombre Paciente	DEINER ADRIAN CHIQUITO GALEANO	**Documento / Historia**	10030042	**Ingreso**	155176
Edad	44 Años / 2 Meses / 9 Días	**Sexo**	Masculino	**Estado Civil**	Soltero
Fecha Nacimiento	01/11/1979	**Dirección**	ALBERGUE URBANO	**Procedencia**	PEREIRA
Entidad	COOSALUD	**Regimen**	Subsidiado	**Teléfono**	3136284300
Acudiente		**Teléfono**		**Fecha Ingreso**	10/01/2024 8:10:14 a. m.
Acompañante		**Teléfono**		**Parentesco**	
				Nivel educativo	Ninguno

Folio N° 7 **Fecha grabación de folio** **10 de enero de 2024 8:53 a. m.**

MOTIVO DE CONSULTA

Control por psicología ambulatoria , Ingresa en compañía de Cuidadora Tatiana Vinazco de la fundación CANES.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 44 años con perdida de capacidad visual por herida de arma de fuego hace aproximadamente un año, historia personal de consumo, sustancia de impacto sacol y bazuco los cuales suspende tras lesión. Actualmente presenta cese consumo de cannabis ocasional y de nicotina. En fundación CANES, cuidadora refiere el paciente se encuentra estable, tranquilo, mantiene positivo higiene corporal.

HISTORIA PERSONAL

Deiner es un hombre de 43 años natural de jamundí, procedente de Pereira. Soltero, sin hijos. Previamente reporta labores de reciclaje. Hijo de Barbara de 68 años y de Alfonso, desconoce su estado.

ETAPAS PRE Y POSTNALES
Es el tercero de diez hermanos. Sin más información.

CONVIVENCIA
Actualmente vive en el albergue urbano. Previamente como habitante de calle, 33 años en esta situación.

ESCOLARIDAD
No reporta. No sabe leer o escribir.

INFANCIA Y ADOLESCENCIA
Refiere que crece al cuidado de los padres y en compañía de los hermanos. Expone que se fuga de casa a los 10 años por los castigos físicos recibidos por parte de su progenitora.
Expone que viajo por varias ciudades hasta los 19 años.

ADULTEZ
A los 19 años retorna al hogar materno, visitaba ocasionalmente, expone que posterior al accidente no ha podido tener contacto con ella, no sabe como poder contactarla.

INTENTOS DE SUICIDAS
Refiere ideación suicida, 2 episodios de autoagresión posterior a la lesión "intentarme desnucarme, tirarme de la camilla".

ACONTECIMIENTOS SIGNIFICATIVOS DE LA VIDA
Habitante de calle dese infancia, VIF (maltrato físico por parte de la progenitora), perdida de capacidad visual.

HISTORIA DE CONSUMO
A los 19 años inicia contacto con sustancias, cannabis, refiere no sentir agrado. Expone que ha retomado el consumo en los últimos meses en búsqueda de disminuir síntomas de ansiedad.

Consumo de bazuco desde los 22 años, 4 a 5 papeletas, consumo en pipa. Último consumo hace un año.

Subsidiaba el consumo con reciclaje. Refiere 8 días con medida privatoria de la libertad por agresión. Primer proceso en comunidad terapéutica. Niega sobredosis. Síntomas de abstinencia ansiedad. Cese de consumo motivado por la capacidad de adquisición.

10/01/2024
El paciente menciona que hace 8 días se encuentra en fundación CANES debido a que se encontraba en hogar "urbanos" y este lo cerraron, asegura sentirse bien en la nueva fundación, " yo me desespero mucho, porque igual vivir en otra parte me genera desesperación, mientras uno convive, se va acostumbrando" asegura que en esta nueva fundación presenta cese total de consumo, hasta hace 8 días, debido a que donde se encuentra se lo imposibilitan, niega abstinencia sin embargo se evidencia alteraciones ansiosas que podrían dar cuenta de estado de abstinencia, presenta alteraciones en el patrón del sueño. Orexia conservada,

EXÁMEN MENTAL

Paciente ingresa al consultorio con apoyo, presenta discapacidad visual, amable, atento, colaborador, orientado, normolalico, presentación e higiene adecuada, afecto eutímico, al momento no se identifican ideas de muerte o ideación suicida, CI impresiona límite, equivalentes motores de ansiedad, niega alteraciones de sensopercepción, niega alucinaciones. Habito de sueño y alimenticio conservado. Prospección nula, introspección parcial, juicio de realidad debilitado.

ANÁLISIS

HOMÉRIS
ESE Hospital Mental

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA
Nit. 891412134-1
HISTORIA CLÍNICA
PSIQUIATRÍA AMBULATORIA

Nombre Paciente	DEINER ADRIAN CHIQUITO GALEANO	**Documento / Historia**	10030042	**Ingreso**	149149
Edad	44 Años / 0 Meses / 6 Días	**Sexo**	Masculino	**Estado Civil**	Soltero
Procedencia	PEREIRA	**Fecha Nacimiento**	01/11/1979	**Dirección**	ALBERGUE URBANO
Teléfono	3136284300	**Entidad**	COOSALUD	**Regimen**	Subsidiado
Fecha Ingreso	07/11/2023 10:43:29 a. m.	**Acudiente**		**Teléfono**	
Parentesco		**Acompañante**		**Teléfono**	
Nivel educativo	3- Básica Secundaria (Bachillerato Básico)				

Folio N° 6 **Fecha grabación de folio** **7 de noviembre de 2023 11:29 a. m.**

MOTIVO DE CONSULTA

Control psiquiatría.
Asiste con Martha Osorio funcionaria del albergue urbano

ENFERMEDAD ACTUAL

Procedente de albergue Urbano de la alcaldia de Pereira, allí se encuentra desde 2022, de forma obligatoria en este centro porque perdió totalmente agudeza visual bilateral por herida por arma de fuego que lesionó al parecer los nervios ópticos y no tiene familia, fue habitante de la calle por 23 años. Realizaba actividades de reciclaje.

Impresión diagnóstica:
- Tratorno por uso de basuco e inhalantes
- Discapacidad visual

"Bien gracias a Dios", en ocasiones insomnio "duerme en el día". Ánimo sin alteraciones. Adecuado comportamiento.
Orexia sin alteraciones. Niega consumo de SPA. Último consumo de basuco e inhalantes: 2022. Niega craving, abstinencia.
En ocasiones fuma hasta 20 por día.
Adherente al tratamiento, niega efectos adversos.

REVISIÓN POR SISTEMAS

No refiere otros.

VARIABLES FISIOLÓGICAS

Frecuencia Cardiaca	80	x min	**Tensión Arterial Sistólica**	0		**Talla**	165	cm
Frecuencia Respiratoria	20	x min	**Tensión Arterial Diastólica**	0		**Peso**	74	Kg
Temperatura	36.00	° C	**Tensión Arterial Media**	0	mmHg	**Indice de Masa Corporal**	27.20	
						Perímetro abdominal	84	cm

EXÁMEN FÍSICO Y MENTAL

Adecuada presentación personal, colaborador, alerta, orientado globalmente, sin conducta alucinatoria, discapacidad visual, euproséxico, memoria sin alteraciones, inteligencia impresiona deteriorada, afecto eutimico, modulado, resonante, congruente. Pensamiento lógico, eupsíquico,concreto, relevante, sin ideas de muerte ni de suicidio. Juicio y raciocinio adecuados, lenguaje normolálico, con tono de voz adecuado, sin alteraciones en la prosodia; conducta motora con equivalentes de ansiedad, introspección positiva, prospección realista.

ANÁLISIS

Hombre con trastorno por uso de múltiples SPA, fue habitante de calle por 23 años, se encuentra desde el 2022 en medio protegido, en abstinencia sostenida frente a basuco e inhalantes, se encuentra estable con el tratamiento actual, no ha presentado efectos adversos.
Indico continuar con este esquema.
Explico diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico. Brindo psicoeducación, se dan recomendaciones sobre medidas de higiene del sueño, hábitos de vida saludables, realizar actividad física de 3 a 5 sesiones semanales de 30 a 45 minutos, se explican signos y síntomas de alarma para consultar por urgencias.

1. Acido valproico 250 mg 1-1-1 v.o
2. Risperidona Tab x 3 mg 0-0-1 v.o
3. Control en 3 meses por psiquiátrica

IMPRESION DIAGNOSTICA

CODIGO	NOMBRE	DESCRIPCION DX	PRINCIPAL	TIPO
F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA, SINDROME DE DEPENDENCIA		[x]	Definitivo
F182	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES, SINDROME DE DEPENDENCIA		[ ]	Definitivo
F639	TRASTORNO DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS, NO ESPECIFICADO		[ ]	Definitivo
H540	CEGUERA BINOCULAR		[ ]	Definitivo

PLAN DE TRATAMIENTO EXTERNO

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
90	RISPERIDONA 3 MG TAB	Una tableta en la noche
270	ACIDO VALPROICO 250MG CAP	tomar una tableta cada 8 horas , despues de desayuno, almuerzo y cena.

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

	NOMBRE	OBSERVACIONES
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	3 MESES CADRI

LICENCIADO A: [HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA] NIT [891412134-1]

HOMERIS
E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA
Nit. 891412134-1
HISTORIA CLÍNICA
PSIQUIATRÍA AMBULATORIA

Nombre Paciente DEINER ADRIAN CHIQUITO GALEANO **Documento / Historia** 10030042
Procedencia PEREIRA **Ingreso** 149149 **Fecha Ingreso** 07/11/2023 10:43:29 a. m.

INDICACIONES MEDICAS

NOMBRE	OBSERVACIONES
Salida_Consulta_Externa	CONTROL EN 3 MESES CON PSIQUIATRIA.

Valeria A

VALERIA ARANGO CASTAÑEDA
R.M.1088314018
Especialidad PSIQUIATRIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.131.110

GALLEGO PALOMINO

APELLIDOS

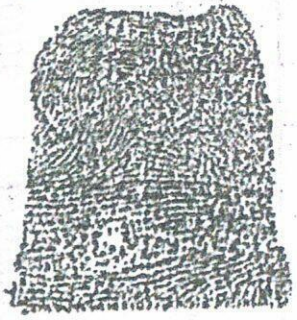
ALEYDA

NOMBRES

FIRMA







INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-ENE-1968

PEREIRA
(RISARALDA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-ENE-1997 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2400100-00116802-F-0042131110-20081030 0005050625A 1 28503774

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **ALEYDA GALLEGO PALOMINO**

Documento:	CC 42.131.110			**H.C.**	42131110
Fecha nacimiento:	Ene.11/1968	**Edad:**	56 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	FUNDACION CANES	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	120665			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	143	**Fecha:**	Feb.12/2024	**Hora:**	19:48
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

Sistema Vascular periférico	Normal
Sistema Osteomuscular	Normal
Extremidades	Normal
Piel y faneras	Normal
Otros	

ANALISIS:

PACIENTE DE 56 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE EN CBA CANES, CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE HIPOTIROIDISMO PRIMARIO, HIPERTRIGLICERIDEMIA, TAB Y DEFICIT COGNITIVO MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO E INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL, EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON LEVOTIROXINA 50MCG EN AYUNAS, GEMFIBROZILO 600MG UNA CADA NOCHE, ACIDO VALPROICO 250MG DOS EN LA MAÑANA Y LA NOCHE Y UNA EN LA TARDE, CLOZAPINA 100MG UNA EN LA MAÑANA, ESOMEPRAZOL 20MG UNA EN AYUNAS, CON ADECUADA ADHERENCIA,SLABUTAMOL 3 PUFF A NECESIDAD, BECLOMETASONA 3 PUFF A NECESIDAD, BROMURO DE IPRATROPIO 3 PUFF A NECESIDAD, INGRESA EN COMPAÑIA DE DIANA TRIANA CEL 3108871430 (AUXILIAR ADMINISTRATIVA), PARA SOLICITAR CORRECCION DE FORMULA DE MIPRES PAÑALES TALLA L YA QUE SE ORDENÓ MAL LA CANTIDAD POR LO QU ENO PUDIERON SER ENTREGADOS, PACIIENTE USA UN PAÑAL CADA 8H, EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ASINTOMATICA CARDIORESPIRATORIA O GASTROINTESTINAL
AL EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES ESTABLES, SE DA NUEVA FORMULA MIPRES PARA PAÑALES TALLA L 20240212195037914430 REQUIERE UN PAÑAL CADA8 H SE HACE FORMULA PARA 3 MESES, SE DAN RECOEMDNACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR

DIAGNOSTICOS:

			TIPO DIAGNOSTICO
Diagnostico Principal	R32X	INCONTINENCIA URINARIA NO ESPECIFICADA	Confirmado repetido
Relacionado 1	F318	OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES	Confirmado repetido
Relacionado 2	F719	RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	Confirmado repetido

Incapacidad? No **Prorroga?** No

INDICACIONES:

Procure no dejar al paciente solo.
Retire de la habitación del paciente objetos con los cuales se pueda ocasionar daño.
Suminístrele al paciente los medicamentos, no los deje para que él los tome solo.
Evítele al paciente situaciones desencadenantes de las crisis.
Procure proporcionarle al paciente una adecuada calidad de vida, fomente en el paciente el continuar realizando todas las actividades de su vida diaria.
Fomente hábitos de higiene, aseo personal, prepararse sus alimentos y hacer los oficios propios de la casa.

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**ALEYDA GALLEGO PALOMINO**				
Documento:	CC 42.131.110			**H.C.**	42131110
Fecha nacimiento:	Ene.11/1968	**Edad:**	56 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	FUNDACION CANES	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	120665			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	143	**Fecha:**	Feb.12/2024	**Hora:**	19:48
Causa externa:	Enfermedad General		**Finalidad:** No Aplica		

Procure que se respeten con el paciente los horarios establecidos en el hogar para las diferentes actividades.
Promueva la sana relación entre todos los miembros de la familia, en especial incluir al enfermo.
Bríndele al paciente espacios de esparcimiento.
Evite que el paciente consuma licor, sustancias alucinógenas y fume.
Consulte si evidencia signos de angustia, ideas para lesionarse (agredirse), agresividad y cualquier comportamiento que se considere fuera de lo normal.
Consulte, si se están aumentando las crisis en una institución que cuente con la especialidad de Psiquiatría.
Consulte, si no le ve mejoría al paciente en una institución que cuente con la especialidad de
Es importante que el cuidador conozca muy bien la problemática del paciente, para poder tomar los correctivos necesarios cuando se presente alguna dificultad.
Procure cumplir con todas las citas médicas.
Es importante que se cuente con la opción de tener varios cuidadores para que entre ellos se turnen el cuidado del paciente.
No se auto medique.
No abuse de los medicamentos ordenados por el médico.
Siga al pie de la letra todas las indicaciones y tratamiento que le ordena el médico, no suspender la medicación recetada.
Si se pone agresivo el paciente, busque ayuda para inmovilizarlo.

MARLY TATIANA GAVIRIA M.
MEDICO GENERAL
CC. 1126594351
RM. 1126594351

MARLY TATIANA GAVIRIA MELENJE
CC 1.126.594.351 Registro: 1126594351
MEDICINA GENERAL

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **ALEYDA GALLEGO PALOMINO**

Documento:	CC 42.131.110			**H.C.**	42131110
Fecha nacimiento:	Ene.11/1968	**Edad:**	56 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	FUNDACION CANES	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	120665			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	143	**Fecha:**	Feb.12/2024	**Hora:**	19:48
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

Motivo consulta: "por los pañales"

Enfermedad actual: PACIENTE DE 56 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE EN CBA CANES, CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE HIPOTIROIDISMO PRIMARIO, HIPERTRIGLICERIDEMIA, TAB Y DEFICIT COGNITIVO MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO E INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL, EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON LEVOTIROXINA 50MCG EN AYUNAS, GEMFIBROZILO 600MG UNA CADA NOCHE, ACIDO VALPROICO 250MG DOS EN LA MAÑANA Y LA NOCHE Y UNA EN LA TARDE, CLOZAPINA 100MG UNA EN LA MAÑANA, ESOMEPRAZOL 20MG UNA EN AYUNAS, CON ADECUADA ADHERENCIA,SLABUTAMOL 3 PUFF A NECESIDAD, BECLOMETASONA 3 PUFF A NECESIDAD, BROMURO DE IPRATROPIO 3 PUFF A NECESIDAD, INGRESA EN COMPAÑIA DE DIANA TRIANA CEL 3108871430 (AUXILIAR ADMINISTRATIVA), PARA SOLICITAR CORRECCION DE FORMULA DE MIPRES PAÑALES TALLA L YA QUE SE ORDENÓ MAL LA CANTIDAD POR LO QU ENO PUDIERON SER ENTREGADOS, PACIIENTE USA UN PAÑAL CADA 8H, EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ASINTOMATICA CARDIORESPIRATORIA O GASTROINTESTINAL

Revisión por sistemas:

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Diabetes mellitus	DM2 NO IR? 29-07-2022 08:54
Otros	INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL 29-07-2022 08:54
Trastornos Mentales	ENFERMEDAD MENTAL SICOTICA 27-10-2023 09:16 SI 30-03-2022 12:22 TAB EN MANEJO CON ACIDO VALPROICO 500MG X2, CLOZAPINA 100MG DIA 20-07-2023 10:59 TAB, DEFICIT COGNITIVO MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO 29-07-2022 08:52 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR. RETARDO MENTAL. 27-12-2018 11:16
Epilepsia	EPILEPSIA 27-10-2023 09:16
Dislipidemias	GEMFIBROZIL 600MG NOCHE 20-07-2023 10:59 HIPERTRIGLICERIDEMIA 29-07-2022 08:54
Hipotiroidismo	LEVOTIROXINA 125MCG DIA 20-07-2023 10:59 SI 29-07-2022 08:53

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	CUIDADORA DESCONOCE 29-07-2022 08:54 NO CIRUGIAS , 05-03-2019 15:20 NO REFIERE 20-07-2023 10:59 nunca 24-06-2021 12:13

Antecedentes Traumáticos

Fracturas	CUIDADORA DESCONOCE 29-07-2022 08:54
Traumatismo craneoencefálico	CUIDADORA DESCONOCE 29-07-2022 08:54
Quemaduras	CUIDADORA DESCONOCE 29-07-2022 08:54
Otros	CUIDADORA DESCONOCE 29-07-2022 08:54

Codigo de verificación
82013191159

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

EL GRUPO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
CERTIFICA:

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

Cédula de Ciudadanía:	15.907.203
Fecha de Expedición:	19 DE FEBRERO DE 1985
Lugar de Expedición:	CHINCHINA - CALDAS
A nombre de:	JOSE LUIS GUTIERREZ GRISALES
Estado:	VIGENTE

ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 18 de Enero de 2024

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 19 de diciembre de 2023

RAFAEL ROZO BONILLA
Coordinador Centro de Atención e Información Ciudadana

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE LUIS GUTIERREZ GRISALES

Documento:	CC 15.907.203			**H.C.**	15907203
Fecha nacimiento:	Feb.18/1967	**Edad:**	57 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	FUNDACION CANIS	**Teléfono:**	3108871430	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	21	**Fecha:**	Mar.12/2024	**Hora:**	13:19
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

Motivo consulta: "PARA LOS MEDICAMENTOS"

Enfermedad actual: PACIENTE MASCULINO DE 57 AÑOS, RESIDENTE DE CBA CANES, QUIEN CONSULTA CON JENNIFER GONZÁLEZ AUXILIAR DE ENFERMERÍA. PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE EPOC 02 REQUIRIENTE, TRASTORNO DE ANSIEDAD E INSOMNIO DE CONCILIACIÓN. PACIENTE REFIERE QUE NO LE HAN ENTREGADO LOS MEDICAMENTOS, POR LO CUAL ACUDE A CONSULTA PARA REFORMULACIÓN. PACIENTE REFIERE DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS. NIEGA SINTOMATOLOGÍA CARDIOVASCULAR, GASTROINTESTINAL Y DEMÁS INDAGADA.

Revisión por sistemas:

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica	SI 19-01-2024 11:05
Otros	DEFECTO DE REFRACCION 19-01-2024 11:05
Trastornos Mentales	NIEGA 19-01-2024 11:05
Epilepsia	NIEGA 19-01-2024 11:05

Antecedentes Alérgicos

Alergia a alimentos	NIEGA 19-01-2024 11:06
Medicamentos	NIEGA 19-01-2024 11:06

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA. 12-01-2024 16:42

Historia Personal y Social

Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	EXFUMADOR DE CIGARRILLOS 19-01-2024 11:06
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	NIEGA 19-01-2024 11:06
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuanto lo dejo)	NIEGA 19-01-2024 11:06
Vivienda (urbana-rural- servicios publicos, pisos, ventilacion, basuras))	URBANO CON ASERVICIOS PUBLICOS 19-01-2024 11:06
Actividad fisica	NIEGA 19-01-2024 11:06

EXAMEN FISICO

Cabeza	Normal 19-01-2024 11:11 Normal 12-03-2024 13:27
Ojos	Anormal Av 20/30 Ao 19-01-0024 00:00
Oidos	Normal 19-01-2024 11:12
Boca	Normal 19-01-2024 11:12 Normal 12-03-2024 13:27
Garganta	Normal 19-01-2024 11:09 Normal 12-03-2024 13:27
Cuello	Normal 19-01-2024 11:09 Normal 12-03-2024 13:27
Mamas y axilas	Normal 12-03-2024 13:27
Torax	Normal 12-03-2024 13:27
Pulmones	Anormal Campos Pulmonares Hipoventilados, Murmullo Vesicular Disminuido 12-03-0024 00:00

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE LUIS GUTIERREZ GRISALES

Documento:	CC 15.907.203			**H.C.**	15907203
Fecha nacimiento:	Feb.18/1967	**Edad:**	57 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	FUNDACION CANIS	**Teléfono:**	3108871430	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	21	**Fecha:**	Mar.12/2024	**Hora:**	13:19
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

	Normal Pulmones Ventilados Sin Dificultad Para Respirar Sin Ruidos Agregados 19-01-0024 00:00
Corazón	Normal Rscars Sin Soplos 19-01-0024 00:00 Normal 12-03-2024 13:27
Abdomen	Normal 19-01-2024 11:11 Normal 12-03-2024 13:27
Tacto rectal	No Evaluado 12-03-2024 13:28
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de consciencia)	Normal 19-01-2024 11:12 Normal 12-03-2024 13:28
Sistema Vascular periferico	Normal 12-03-2024 13:28
Piel y faneras	Normal 12-03-2024 13:28
Sistema Osteomuscular	Normal 12-03-2024 13:28
Otros	Normal 12-03-2024 13:28
Extremidades	Normal Extremidades Simetricas Sin Deficit Muscular Ni Sensitivo, Sin Edemas ,Pulsos Perifericos Presentes 19-01-0024 00:00 Normal 12-03-2024 13:28

Total: 0
Clasificación:

Tipo de población

Paciente LGBTI	No 19-01-2024 11:06 No 12-03-2024 13:23

Total: 0
Clasificación:

TECNOLOGÍAS BLANDAS
NO CORRESPONDE

Histórico para seguimiento

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE LUIS GUTIERREZ GRISALES

Documento:	CC 15.907.203			**H.C.**	15907203
Fecha nacimiento:	Feb.18/1967	**Edad:**	57 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	FUNDACION CANIS	**Teléfono:**	3108871430	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	21	**Fecha:**	Mar.12/2024	**Hora:**	13:19
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

EXAMEN FÍSICO:

Inspeccion General

Estado general: PACIENTE QUIEN INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, CONSCIENTE, ORIENTADO, COLABORADOR, ALERTA, CON ADECUADO ESTADO GENERAL.

Peso:	67.7 K	**Talla:**	190 cms	**Índice Masa Corporal:**	18.8 Normal
Presión Arterial Sentada:	120/78	**Parada:**	/	**Acostada:**	/
Temperatura:	36° °C Axiar			**Frecuencia Respirstoria:**	19 / min
Frecuencia Cardiaca:	71 / min	**Pulso:**	/ min Ritmico	**Escala Glassgow:**	
Concentración de Oxigeno en el Aire Inspirado:	%			**Saturación de Oxigeno:**	90 %
Glucometer:	mg/dl			**Perimetro Abdominal:**	

EXAMEN FISICO

Cabeza	Normal	
Ojos	Normal	
Fondo de Ojo	Normal	
Oidos	Normal	
Nariz y senos paranasales	Normal	
Boca	Normal	
Garganta	Normal	
Cuello	Normal	
Mamas y axilas	Normal	
Tórax	Normal	
Pulmones	Anormal	CAMPOS PULMONARES HIPOVENTILADOS, MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO
Corazon	Normal	
Abdomen	Normal	
Genitourinario	Normal	
Especuloscopia	No Evaluado	
Tacto vaginal	No Evaluado	
Tacto rectal	No Evaluado	
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de	Normal	

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE LUIS GUTIERREZ GRISALES

Documento:	CC 15.907.203			**H.C.**	15907203
Fecha nacimiento:	Feb.18/1967	**Edad:**	57 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	FUNDACION CANIS	**Teléfono:**	3108871430	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	21	**Fecha:**	Mar.12/2024	**Hora:**	13:19
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

conciencia)	
Sistema Vascular periferico	Normal
Sistema Osteomuscular	Normal
Extremidades	Normal
Piel y faneras	Normal
Otros	Normal

ANALISIS:

PACIENTE MASCULINO EN SEXTA DÉCADA DE LA VIDA, EPOC OXÍGENORREQUIRIENTE, QUIEN HACE 15 DÍAS ESTÁ SIN MANEJO FARMACOLÓGICO. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CON DISNEA LEVE, SATURANDO 90% AL AMBIENTE. PACIENTE TIENE PENDIENTE TOMA DE PARACLÍNICOS DEL 19 ENERO 2024, POR LO CUAL SE REFORMULA MEDICAMENTOS POR UN MES, SE HACE ÉNFASIS EN TOMA DE PARACLÍNICOS Y SE CITA PARA CONTROL POR PROGRAMA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN UN MES. SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE Y ACOMPAÑANTE QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

DIAGNOSTICOS:			**TIPO DIAGNOSTICO**
Diagnostico Principal	J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA	Confirmado repetido
Relacionado 1	G470	TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO (INSOMNIOS)	Confirmado repetido
Relacionado 2	F419	TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	Confirmado repetido

Medicamentos

BROMURO DE IPRATROPIO DOSIFICACION 20MCG/DOSIS SOLUCION PARA INHALACION	20MCG/DOSIS	SOLUCION PARA INHALACION	APLICAR 2 PUFF CADA 8 HORAS VIA INHALATORIA	1	(UN)
SALBUTAMOL 100MCG/DOSIS SOLUCION PARA INHALACION	100MCG/DOSIS	SOLUCION PARA INHALACION	APLICAR 2 PUFF CADA 8 HORAS VIA INHALATORIA	2	(DOS)
SERTRALINA 50MG TABLETA RECUBIERTA	50MG	TABLETA RECUBIERTA	TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA VIA ORAL	30	(TREINTA)
TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG TABLETA	50MG	TABLETA	TOMAR 2 TAB EN LA NOCHE VIA ORAL	60	(SESENTA)
ACETAMINOFEN 500MG TABLETA	500mg	TABLETA	TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS VIA ORAL	60	(SESENTA)
BECLOMETASONA DIPROPIONATO BUCAL 250MCG/DOSIS LIQUIDO PARA INHALACION	250MCG/DOSIS	LIQUIDO PARA INHALACION	2 UFF CADA 12 HORAS VIA INHALATORIA	1	(UN)
N-ACETILCISTEINA 600MG GRANULOS PARA RECONSTITUIR A SOLUCION ORAL	600MG	GRANULOS PARA RECONSTITUI	1 SOBRE CADA 12 HORAS VIA ORAL	60	(SESENTA)

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE LUIS GUTIERREZ GRISALES

Documento:	CC 15.907.203			**H.C.**	15907203
Fecha nacimiento:	Feb.18/1967	**Edad:**	57 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	FUNDACION CANIS	**Telefono:**	3108871430	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	21	**Fecha:**	Mar.12/2024	**Hora:**	13:19
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

R A
SOLUCION
ORAL

Otras Fórmulas

Incapacidad? No **Prorroga?** No

INDICACIONES:

No exponerse al frío, lluvia, viento o humo de leña.
Evite el contacto con el cigarrillo, polvo, olores fuertes.
Alimentese de forma saludable y balanceada (carnes, granos, harinas, legumbres, lácteos, frutas).
Aumentar la ingesta de liquidos orales no fríos.
Usar de tapabocas, si tiene infección respiratoria.
Evitar el contacto con personas con síntomas respiratorios.
Consulte si está presentando aumento de los episodios de tos por fuera de lo que habitualmente tiene.
Consulte si a pesar del oxigeno está presentando episodios de dificultad para respirar.
Consulte si está presentando aumento de la producción de flema (esputo) o esta cambia de color.
Consulte si siente que el pecho le silba y/o la respiración es más rápida de lo habitual y/o siente que el corazón está palpitando más rápido y/o se está cansando o fatigando fácilmente.
Consulte si los labios o dedos de manos se le ponen ¿azulados¿ (morados).
Consulte si las piernas se le está hinchando y esto no mejora cuando se levante en las mañanas.
Consulte si la asfixia lo despierta mientras está durmiendo.
Consulte se presenta fiebre y esta no desaparece con el acetaminofén.
Acudir por urgencias cuando este desorientado, con dificultad para hablar o con mucho sueño.
Acudir por urgencias cuando no pueda hablar porque le falta el aire.
Acudir por urgencias cuando la respiración sea muy rápida o muy lenta.
Acudir por urgencias cuando le aumenten las palpitaciones del corazón.
Acudir por urgencias cuando siente dolor en el pecho.
Recuerde vacunarse contra la vacuna contra la influenza cada año.
No se exceda con el ejercicio, procure no hablar cuando esté realizando actividades físicas, camine despacio y procure hacerlo por rampas y no por escalas, utilice ropa cómoda, no permanezca largos periodos de tiempo sentado camine cada hora por unos minutos.
Realice los ejercicios que se le indicaron para mejorar su respiración en casa
Consulte si a pesar del uso de los inhaladores está presentando dificultad para respirar.
Utilice el oxigeno según la indicación médica.
Siga al pie de la letra todas las indicaciones y tratamiento que le ordena el médico.

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE LUIS GUTIERREZ GRISALES
Documento: CC 15.907.203 H.C. 15907203
Fecha nacimiento: Feb.18/1967 Edad: 57 Años Sexo: Masculino
Dirección: FUNDACION CANIS Telefono: 3108871430 Ciudad: PEREIRA
Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA Etnia: Otros
Número de Ficha: Nivel: Nivel 1
Atención: 21 Fecha: Mar.12/2024 Hora: 13:19
Causa externa: Enfermedad General Finalidad: No Aplica

Uso correcto del inhalador: evite hacer la inhalación acostado, es más efectivo sentado, coloque el inhalador en posición vertical, en forma de ¿L¿ y haga 1 puff a la vez, los inhaladores funcionan mejor con inhalo cámara.
Procure no dejar al paciente solo.
Retire de la habitación del paciente objetos con los cuales se pueda ocasionar daño.
Suministrele al paciente los medicamentos, no los deje para que él los tome solo.
Evítele al paciente situaciones desencadenantes de las crisis.
Procure proporcionarle al paciente una adecuada calidad de vida, fomente en el paciente el continuar realizando todas las actividades de su vida diaria.
Fomente hábitos de higiene, aseo personal, prepararse sus alimentos y hacer los oficios propios de la casa.
Procure que se respeten con el paciente los horarios establecidos en el hogar para las diferentes actividades.
Promueva la sana relación entre todos los miembros de la familia, en especial incluir al enfermo.
Brindele al paciente espacios de esparcimiento.
Evite que el paciente consuma licor, sustancias alucinógenas y fume.
Consulte si evidencia signos de angustia, ideas para lesionarse (agredirse), agresividad y cualquier comportamiento que se considere fuera de lo normal.
Consulte, si se están aumentando las crisis.
Consulte, si no le ve mejoría.
Es importante que el cuidador conozca muy bien la problemática del paciente, para poder tomar los correctivos necesarios cuando se presente alguna dificultad.
Procure cumplir con todas las citas médicas.
Es importante que se cuente con la opción de tener varios cuidadores para que entre ellos se turnen el cuidado del paciente.
No se auto medique.
No abuse de los medicamentos ordenados por el médico.
Siga al pie de la letra todas las indicaciones y tratamiento que le ordena el médico, no suspender la medicación recetada.
Si se pone agresivo el paciente, busque ayuda para inmovilizarlo.

DANIEL ANDRES HERNANDEZ VELASQUEZ
CC 1.225.090.702 Registro: 1225090702
MEDICINA GENERAL

Usuario: C10031582 Pag. 6 de 6 03-12-2024 13:38:04 XENCO S.A.:<vconsultaexternam>

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

COMPROBANTE DE DOCUMENTO EN TRAMITE

* 4 2 2 7 2 8 8 3 *

TIPO DE DOCUMENTO: CC ~~TI~~ CLASE EXP: PV ~~DUP~~ REC REN

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1088254072

APELLIDOS: MORENO AGUIRRE

NOMBRES: DORANCE

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: 29-07-1965-Pereira(R)

LUGAR Y FECHA DE PREPARACIÓN: Cali 17 NOV 2017

NÚMERO DE PREPARACIÓN: 1064656626

VIRREY SOLIS

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: DORANCE MORENO AGUIRRE

Fecha de Nacimiento: 07/29/1965

Edad: 56 Años - **Sexo:** Masculino

Teléfono Residencia:

Aseguradora: SALUD TOTAL ARS

Contrato: 88892502 (Documento: 1088254072)

Dirección Residencia: SEC NUEVA SIRIA VIA

Ciudad Residencia: Pereira

Tipo de Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO

Consulta del miércoles, 09 de marzo de 2022 11:30 AM en VS PINARES

Nombre del Profesional: Alejandro Perez Bustamante - PSIQUIATRIA (Registro No. 4517584)

Número de Autorización: 31364-2160431117

Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 03/09/2022 11:30:00 Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Edad: 56 Escolaridad: Primaria Estado Civil : Soltero

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Responsable del Usuario

Nombre: Minelly Mosquera

Parentesco: Ninguno

Teléfono: 3214467686

Acompañante

Nombre: Diana Triana

Teléfono: 3214467686

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: Control. Asiste con auxiliar administrativa de la fundación.
Diagnósticos: Epilepsia secundaria-Historia de TEC severo-Trastorno bipolar orgánico
Tratamiento: Risperidona tab. x 3mg 0-0-1 v.o. (titular dosis)-valcote a TLP x 500mg 1-0-2 v.o.-Sertralina a tab. x 100mg 1-0-0 v.o.
Tratamiento previo: Quetiapina.

Enfermedad Actual: El paciente dice que permanece nervioso y aislado, ya que nota que sus compañeros lo miran "muy feo" y se ha dado cuenta de que quieren matarlo. La cuidadora comenta que el paciente permanece tranquilo, excepto cuando se somete a situaciones estresantes. Toma adecuadamente y tolera la medicación. Come y duerme bien.

Escala Dolor: 0 Clasificación Dolor: Sin Dolor

Revisión Por Sistemas

Tos Mayor de 15 días: No Aplica

Sintomático de Piel: No Aplica

Organos de los Sentidos : Niega.

Cardiopulmonar: Niega.

Gastrointestinal: Niega.

Genitourinario: Niega.

Osteomuscular: Niega.

Neurológico: Niega.

Endocrino: Niega.

Linfoinmunohematopoyético : Niega.

Vascular Periférico : Niega.

Piel y Faneras: Niega.

Antecedentes

Antecedentes Personales

Patológicos: EPILEPSIA POSTRAUMÁTICA-TRASTONRO PISCOTICO DE ORIGEN ORGÁNICO. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)

Hospitalarios: SI POR ACCIDENTE DE TRANSITO CON SECUELAS DE CONVULSIONES. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021

VIRREY SOLIS IPS

Antecedentes Personales
10:46:35)
Tóxicos: NIEGA TABAQUISMO, NIEGA LICOR. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Alérgicos: NIEGA. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Farmacológicos: ACIDO VALPROHICO JARABE 250 5 CC CADA 8 HORAS, ACIDO VALPROICO 250 MGS CADA 8 HORAS. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Ocupacionales: CESANTE. Era pintor (obra blanca). Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Venereos: NIEGA. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Quirúrgicos: TRAQUEOSTOMIA. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Transfusionales: NIEGA. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Perinatales: NA. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Traumáticos: ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALI 2017, TCE. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (03/09/2022 11:30:18)
Sicosociales: VIVE EN UN HOGAR DE ANCIANOS (Fundación Canes). No tiene hijos. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Alimentarios: POCO BALANCEADA. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Inmunológicos: Vacuna Covid-19 2 dosis (no sabe cuál). Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Paraclínicos de Red: .
Factores de Riesgo: No
Alergias
Causa de Alergia:
Ninguna
Fecha Dilig. Causa de Alergia:
03/09/2022
Factores de Riesgo
Consumo de Alcohol: No
Consume sust psicoactivas: No
Antecedentes Familiares
Madre: CA DE ESTOMAGO FALLECIDA. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Padre: CIRROSIS FALLECIDA. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Hermanos: NIEGA. Dr(a). Alejandro Perez Bustamante (12/15/2021 10:46:35)
Vacunación
Estado vacunación Covid: Vacunado
COVID-19 1 dosis: No sabe cuál ni la fecha Fecha COVID 1 dosis: 04/01/2021
COVID-19 2 dosis: No sabe cuál ni la fecha Fecha COVID 2 dosis: 04/01/2021

Examen Físico

Signos Vitales

Talla:	UMT:	Peso:	UMP:	IMC:	TAS:	TAD:	TAM:	FC:	FR:
1.64	Mts	68	Kg	25.3	110	70	83	80	20

Examen Fìsico
Estado General:
Aparentes buenas condiciones generales. Asiste en silla de ruedas.
EF Organos de los Sentidos: Sin alteraciones
EF Cardiopulmonar: Sin alteraciones
EF Gastrointestinal: Sin alteraciones
EF Genitourinario: Sin alteraciones
EF Osteomuscular: Sin alteraciones
EF Neurológico: Sin alteraciones
EF Endocrino: Sin alteraciones
EF Linfoinmunohematopoyético: Sin alteraciones
EF Vascular Periférico: Sin alteraciones
EF Piel y Faneras: Sin alteraciones

Valoración Psiquiatría

VIRREY SOLIS IPS

Valoración Psiquiatría

Estado Mental: Adecuada organización de sus prendas. Amable con el entrevistador.
Conciencia: Alerta.
Orientación: Orientado parcialmente en tiempo, orientado en lugar y persona.
Memoria: Con fallas.
Afecto: Eutímico.
Pensamiento: Ilógico, curso normal, ideas delirantes paranoides.
Lenguaje: Eulálico.
SensoPercepción: Sin Alteraciones
Juicio de Realidad: Debilitado.
Evaluación Psicosocial: Buena red de apoyo.

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo: EEG normal. Hemograma con leve leucopenia, transaminasas normales. Paciente con mejoría clínica parcial, quien requiere ajuste del tratamiento psicofarmacológico. Persiste con síntomas psicóticos, aunque en menor intensidad. Se decide aumentar la risperidona tab. x 2mg 1/2-0-1 1/2 v.o. Se continúan igual los demás medicamentos. Se dan indicaciones. Se hace psicoeducación. Control en 4 meses. Pendientes los demás paraclínicos (muestra tomada ayer).
Se solicita hemograma de control para interpretación en medicina general.

Finalidad Consulta: NO APLICA
Adherencia al Tto: Si
Describa Adherencia tto: BUENA
Causa Externa: Enfermedad General ?Tipifica discapacidad?: Si Categoría de discapacidad: Múltiple (Mental)
?Se remite a junta de discapacidad?: No
Dias de Incapacidad: 0
Recomendaciones: Se explica la conducta clínica - Adherencia terapéutica. Dice entender.
Formulación NO POS en Linea
?Formulo tecnologia NO POS en linea?: No No. de Prescripción:

DIAGNOSTICO: (G40.3) EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS
Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

DIAGNOSTICO: (F06.3) TRASTORNOS DEL HUMOR [AFECTIVOS], ORGANICOS
Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

DIAGNOSTICO: (F20.3) ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA
Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS:

1. REMISION
   1. Tipo de Consulta: Consulta externa CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA
      Observaciones: CITA EN 4 MESES.
2. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS
   1. (CMD 10)-RISPERIDONA TABLETA - 1 MG, No. 30
      Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: EN LA MAÑANA.
   2. (CMD 10)-RISPERIDONA TABLETA - 1 MG, No. 30 Fecha Entrega: 04/08/2022
      Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: EN LA MAÑANA.
   3. (CMD 10)-RISPERIDONA TABLETA - 1 MG, No. 30 Fecha Entrega: 05/08/2022
      Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: EN LA MAÑANA.
   4. (CMD 10)-RISPERIDONA TABLETA - 1 MG, No. 30 Fecha Entrega: 06/08/2022
      Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: EN LA MAÑANA.
   5. (CMD 10)-RISPERIDONA TABLETA - 3 MG, No. 30
      Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: EN LA NOCHE. INICIAR CON UN CUARTO DE TABLETA POR 4 DÍAS Y AUMENTAR A MEDIA TABLETA DIARIA. SI CONTINUA MALGENIADO O TEMEROSO, AUMENTAR A 1 TABLETA ENTERA CADA NOCHE.
   6. (CMD 10)-RISPERIDONA TABLETA - 3 MG, No. 30 Fecha Entrega: 04/08/2022
      Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: EN LA NOCHE. INICIAR CON UN CUARTO DE TABLETA POR 4 DÍAS Y AUMENTAR A MEDIA TABLETA DIARIA. SI CONTINUA MALGENIADO O TEMEROSO, AUMENTAR A 1 TABLETA ENTERA CADA NOCHE.
   7. (CMD 10)-RISPERIDONA TABLETA - 3 MG, No. 30 Fecha Entrega: 05/08/2022

VIRREY SOLIS IPS

Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: EN LA NOCHE. INICIAR CON UN CUARTO DE TABLETA POR 4 DÍAS Y AUMENTAR A MEDIA TABLETA DIARIA. SI CONTINUA MALGENIADO O TEMEROSO, AUMENTAR A 1 TABLETA ENTERA CADA NOCHE.

2. (CMD 10)-RISPERIDONA TABLETA - 3 MG, No. 30 Fecha Entrega: 06/08/2022

Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: EN LA NOCHE. INICIAR CON UN CUARTO DE TABLETA POR 4 DÍAS Y AUMENTAR A MEDIA TABLETA DIARIA. SI CONTINUA MALGENIADO O TEMEROSO, AUMENTAR A 1 TABLETA ENTERA CADA NOCHE.

3. (CMD 10)-SERTRALINA TABLETA 100 MG, No. 30

Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: EN LA MAÑANA.

4. (CMD 10)-SERTRALINA TABLETA 100 MG, No. 30 Fecha Entrega: 04/08/2022

Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: EN LA MAÑANA.

5. (CMD 10)-SERTRALINA TABLETA 100 MG, No. 30 Fecha Entrega: 05/08/2022

Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: EN LA MAÑANA.

6. (CMD 10)-SERTRALINA TABLETA 100 MG, No. 30 Fecha Entrega: 06/08/2022

Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: EN LA MAÑANA.

7. VALCOTE ER - DIVALPROATO SODICO E.R. (EQ. A ACIDO VALPROICO) TABLETA Ó CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA 500 MG, No. 90

Posologia: 1 Tableta (s) cada 1 Día(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: TOMAR 1 CON EL DESAYUNO Y 2 CON LA CENA.

8. VALCOTE ER - DIVALPROATO SODICO E.R. (EQ. A ACIDO VALPROICO) TABLETA Ó CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA 500 MG, No. 90 Fecha Entrega: 04/08/2022

Posologia: 1 Tableta (s) cada 1 Día(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: TOMAR 1 CON EL DESAYUNO Y 2 CON LA CENA.

9. VALCOTE ER - DIVALPROATO SODICO E.R. (EQ. A ACIDO VALPROICO) TABLETA Ó CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA 500 MG, No. 90 Fecha Entrega: 05/08/2022

Posologia: 1 Tableta (s) cada 1 Día(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: TOMAR 1 CON EL DESAYUNO Y 2 CON LA CENA.

10. VALCOTE ER - DIVALPROATO SODICO E.R. (EQ. A ACIDO VALPROICO) TABLETA Ó CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA 500 MG, No. 90 Fecha Entrega: 06/08/2022

Posologia: 1 Tableta (s) cada 1 Día(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: TOMAR 1 CON EL DESAYUNO Y 2 CON LA CENA.

3. ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

1. Procedimiento: (9022100000) Laboratorio Clinico HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO Fecha Servicio: 04/06/2022

Alejandro Perez Bustamante
PSIQUIATRIA
Tipo de Identificación: Cedula de Ciudadania
Numero de Identificación: 4517584
Registro Profesional: 4517584
Código Institucional: 8452000074

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 83.225.626



Apellidos
POVEDA

Nombres
HERNAN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.66

Sexo
M

Fecha de nacimiento
14 JUN 1966

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PITAL (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
03 ENE 1985 PITAL

Firma

Hernán De Poveda

Fecha de expiración
15 ABR 2033

ICO

020474973

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL020474973619058<<<<<<<<<<<
6606149M3304156COL83225626<<<1
POVEDA<<HERNAN<<<<<<<<<<<<<<<<

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
HERNAN		POVEDA	
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
RISARALDA		PEREIRA	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 83225626

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

INSTITUTO DE AUDIOLOGIA INTEGRAL

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	9	5

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

891408974

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	45.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	30.00
Actividades de la Vida Diaria	37.50
Participación	53.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.1 b152.1 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s760.277 s7600.273

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.2 d570.2 d879.3

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
INGRID JOHANA TABORDA ZAPATA	Psicología	CC-1088249655
KARLA VANESSA MONTOYA QUINTERO	Medicina	CC-42149286
OLGA LUCIA JARAMILLO JARAMILLO	Fisioterapia	CC-52145356

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **43.287.299**
VASQUEZ JIMENEZ

APELLIDOS
LUZ DARY

NOMBRES

LUZ DARY VASQUEZ

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **07-SEP-1971**
ANDES
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.38 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

03-JUN-1996 ANDES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-0101900-00888640-F-0043287299-20170310 **00541**92707A 1 9999256494

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ DARY VASQUEZ JIMENEZ

Documento:	CC 43.287.299			**H.C.**	43287299
Fecha nacimiento:	Sep.07/1971	**Edad:**	52 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	FUND CANES	**Teléfono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	63	**Fecha:**	Mar.12/2024	**Hora:**	09:37
Causa externa:	Enfermedad General		**Finalidad:** No Aplica		

Motivo consulta: "PARA FORMULARLE OTRA VEZ MEDICAMENTOS, LA SEMANA PASADA SE DESMAYO"

Enfermedad actual: PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS, RESIDENTE DE CBA CANES, EN COMPAÑIA CAROLINA GIL RODRIGUEZ (ENFERMERA). CONTACTO DIANA TRIANA CEL 3108871430 (AUXILIAR ADMINISTRATIVA), CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE: 1. HIPOTIROIDISMO PRIMARIO, 2. TRASTORNO DEPRESIVO EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON: LEVOTIROXINA 50MCG UNA EN AYUNAS, FLUOXETINA 20MG UNA CADA MAÑANA Y OMEPRAZOL 20MG UNA EN AYUNAS, CON ADECUADA ADHERENCIA, QUIEN ASISTE A CONSULTA SOLICITANDO REFORMULACION. ACOMPAÑANTE REFIERE PACIENTE "NO QUIERE COMER Y HA ESTADO MAS DELGADA". ADEMÁS DE PRESENTAR HACE UNA SEMANA EPISODIO DE DESMAYO AUTOLIMITADO CON RECUPERACION COMPLETA DE LA CONSCIENCIA POSTERIOR A VISITA POR FAMILIARES. SE TOMARON SIGNOS VITALES Y GLUCOMETRIA LOS CUALES ESTABAN NORMALES. PACIENTE REFIERE SENTRISE BIEN, NIEGA SINTOMAS CARDIO-RESPIRATORIOS. NIEGA SINTOMAS URINARIOS, NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES, NIEGA CUALQUIER OTRO TIPO DE SINTOMATOLOGIA

Revisión por sistemas:

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patologicos

Otros: COLON IRITABLE 13-10-2020 11:04; Esquizofrenia controlada 10-06-2021 10:37
Trastornos Mentales: SI 31-08-2022 10:49
Hipotiroidismo: SI 22-09-2021 11:23; SI 31-08-2022 10:49

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido): DESCONOCE 22-09-2021 11:23

Antecedentes Traumáticos

Fracturas: DESCONOCEN 22-09-2021 11:23

Antecedentes Alérgicos

Alergia a alimentos: ENFERMERA NIEGA 31-08-2022 10:51; NIEGA 22-09-2021 11:23
Plumas: ENFERMERA NIEGA 31-08-2022 10:51
Jabones: ENFERMERA NIEGA 31-08-2022 10:51
Polvo: ENFERMERA NIEGA 31-08-2022 10:51
Frio: ENFERMERA NIEGA 31-08-2022 10:51
Medicamentos: ENFERMERA NIEGA 31-08-2022 10:51; NIEGA 22-09-2021 11:23; NIEGAN ALERGIA A MEDICAMENTOS 08-08-2022 12:57; ENFERMERA NIEGA ALERGIAS 31-08-2022 10:51
Otros

Antecedentes familiares

Otros: DESCONOCE 22-09-2021 11:24; ENFERMERA NIEGA ANTECEDENTES 31-08-2022 10:50

Examen Estomatológico

Encias: GINGIVITIS 31-08-0022 00:00

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ DARY VASQUEZ JIMENEZ

Documento:	CC 43.287.299			**H.C.**	43287299
Fecha nacimiento:	Sep.07/1971	**Edad:**	52 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	FUND CANES	**Teléfono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	63	**Fecha:**	Mar.12/2024	**Hora:**	09:37
Causa externa:	Enfermedad General		**Finalidad:** No Aplica		

GINGIVITIS 03-11-0022 00:00
GINGIVITIS Y PERIODONTITIS 31-01-0023 00:00
PERIODONTITIS 01-06-0023 00:00
PERIODONTITIS 21-05-0023 00:00

Historia Personal y Social

Número de personas con quien vive: Fundacion Canes 10-06-2021 10:40; VIVE EN FUNDACION GERIATRICA CANES 31-08-2022 10:51
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo): NIEGA 28-03-2023 10:52
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo): NIEGA 28-03-2023 10:52
Farmacodependencias (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuanto lo dejo): NIEGA 28-03-2023 10:52
Vida sexual activa: No 10-06-2021 10:40
Vivienda (urbana-rural- servicios publicos, piso, ventilación, basuras)): RURAL - CON SERVICIOS PUBICOS 31-08-2022 10:51
Convivencia con animales (mascotas): PERRO 31-08-2022 10:51
Sabe leer: NO 31-08-2022 10:51; SI 10-06-2021 10:40
Sabe escribir: SI 10-06-2021 10:40
Actividad física: Poco 10-06-2021 10:40

Evaluación Nutricional

FRECUENCIA Y CONSUMO DE ALIMENTOS: ALIMENTACION INSTITUCIONALIZADA, LA PACIENTE DESAYUNA BIEN, ALMUERZA MUY POCO Y ESTA CENANDO POCO. LA ALIMENTACION Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ESTA SUPERVISADA POR NUTRICIONISTA DEL HOGAR GERIATRICO ALIMENTACION BASADA EN CHOS COMPLEJOS Y SIMPLES, MEJOR INGESTA DE ALIMENTOS REGULADORES DEL METABOLISMO Y PROTEINAS. BAJA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS. 02-09-0021 00:00; ALIMENTACION INSTITUCIONALIZADA, LA PACIENTE DESAYUNA BIEN, ALMUERZA MUY POCO Y NO CENA POR BAJO APETITO. LA ALIMENTACION Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ESTA SUPERVISADA POR NUTRICIONISTA DEL HOGAR GERIATRICO ALIMENTACION BASADA EN CHOS COMPLEJOS Y SIMPLES, BAJA INGESTA DE ALIMENTOS REGULADORES DEL METABOLISMO Y PROTEINAS. BAJA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS POR HIPOREXIA 11-06-0021 00:00

EXAMEN FISICO

Cabeza: Anormal Cabello Escaso Y Raio 28-03-2023 10:59; Normal No Se Realizo Por Tratarse De Historia No Presencial 10-06-0020 00:00; Normal Normocefalo 22-09-0021 00:00; Normal Normocefalo 03-11-0022 00:00; Normal Normoconfigurados 13-10-2020 11:09; No Evaluo 07-10-2020 17:40; No Evaluo 10-06-2021 10:40

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ DARY VASQUEZ JIMENEZ

Documento:	CC 43.287.299			**H.C.**	43287299
Fecha nacimiento:	Sep.07/1971	**Edad:**	52 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	FUND CANES	**Teléfono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	63	**Fecha:**	Mar.12/2024	**Hora:**	09:37
Causa externa:	Enfermedad General		**Finalidad:** No Aplica		

Ojos: Normal 17-09-2020 12:49; Normal 26-01-2021 11:01; Normal 16-07-2021 12:15; Normal 08-02-2022 12:35; Normal 01-06-2023 11:40; Normal 29-12-2023 11:09; Normal 12-03-2024 09:48; Evaluedos Conjuntivas Palida 26-01-0021 00:00; Normal Pupilas Isocoricas Normoreactivas 13-10-0020 00:00; Normal Anictericas 16-07-0021 00:00; No Evaluo 07-10-2020 17:40; No Evaluo 10-06-2021 10:40
Fondo de Ojo: No Evaluo 07-10-2020 17:40; No Evaluo 10-06-2021 10:40; Normal 13-10-2020 11:05; Normal 16-07-2021 12:15
Oidos: No Evaluo 07-10-2020 17:40; No Evaluo 10-06-2021 10:40; Normal 13-10-2020 11:09; Normal 16-07-2021 12:15; Normal 28-03-2023 10:58; No Evaluo 07-10-2020 17:40; No Evaluo 10-06-2021 10:40; Normal 13-10-2020 11:05; Normal 16-07-2021 12:15
Nariz y senos paranasales
Boca: Normal Mucosa Oral Hidratada 22-09-0021 00:00; Normal Mucosa Oral Hidratada 03-11-0022 00:00; Normal Mucosa Oral Hidratada 01-08-0023 00:00; Normal Mucosa Oral Humeda 16-07-2021 12:16; No Evaluo 10-06-2020 18:28; No Evaluo 07-10-2020 17:40; No Evaluo 10-06-2021 10:40; Normal 17-09-2020 12:49; Normal 13-10-2020 11:09; Normal 26-01-2021 11:01; Normal 08-02-2022 12:35; Normal 28-03-2023 10:58; Normal 29-12-2023 11:09; Normal 12-03-2024 09:48
Garganta: Normal Mucosa Oral Humedad 26-01-0021 00:00; No Evaluo 10-06-2020 18:28; No Evaluo 07-10-2020 17:40; No Evaluo 10-06-2021 10:40; Normal 17-09-2020 12:49; Normal 13-10-2020 11:05; Normal 16-07-2021 12:16

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ DARY VASQUEZ JIMENEZ

Documento:	CC 43.287.299			**H.C.**	43287299
Fecha nacimiento:	Sep.07/1971	**Edad:**	52 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	FUND CANES	**Teléfono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	63	**Fecha:**	Mar.12/2024	**Hora:**	09:37
Causa externa:	Enfermedad General		**Finalidad:** No Aplica		

Cuello: Normal 22-09-2021 11:24; Normal 08-02-2022 12:35; Normal 03-11-2022 12:26; Normal 28-03-2023 10:56; Normal 01-06-2023 11:41; Normal 29-12-2023 11:09; Normal 12-03-2024 09:48; Normal Movil, Simetrico, Sin Adenopatias 22-09-0021 00:00; Normal Movil, Simetrico, Sin Adenopatias 01-08-0023 00:00; Normal Sin Ingurgitacion Yugular 13-10-0020 00:00; Normal Sin Adenopatias 03-11-0022 00:00; No Evaluo 10-06-2020 18:28; No Evaluo 07-10-2020 17:40; No Evaluo 10-06-2021 10:40; Normal 17-09-2020 12:49; Normal 26-01-2021 11:00; Normal 16-07-2021 12:16; Normal 08-02-2022 12:35; Normal 28-03-2023 10:58; Normal 29-12-2023 11:09; Normal 12-03-2024 09:48
Manos y axilas: No Evaluo 07-10-2020 17:40; No Evaluo 10-06-2021 10:40; Normal 10-06-2020 18:28; Normal 17-09-2020 12:49; Normal 13-10-2020 11:05; Normal 16-07-2021 12:16; Normal 01-08-2023 11:41; Normal 12-03-2024 09:48
Torax: Normal Simetrico, Sin Trayes 22-09-0021 00:00; Normal Simetricos -- Expansibilidad Normal 13-10-0020 00:00; Normal Sin Trayes 03-11-0022 00:00; Normal Sin Trayes 01-08-0023 00:00; No Evaluo 07-10-2020 17:40; No Evaluo 10-06-2021 10:40; Normal 10-06-2020 18:28; Normal 17-09-2020 12:49; Normal 16-07-2021 12:16; Normal 12-03-2024 09:48
Pulmones: Normal Cp Bien Ventilados, Mv Presente, Sin Ruidos Sobreagregados 29-12-2023 11:10; Normal Murmullo Vesicuair Conservado, Sin Sobreagregados 01-08-0023 00:00; Normal Murmullo Vesicular Conservado, Sin Sobreagregados 22-09-0021 00:00; Normal Murmullo Vesicular Conservado, Sin Sobreagregados 03-11-

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ DARY VASQUEZ JIMENEZ

Documento:	CC 43.287.299			**H.C.**	43287299
Fecha nacimiento:	Sep 07/1971	**Edad:**	52 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	FUND CANES	**Teléfono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	63	**Fecha:**	Mar.12/2024	**Hora:**	09:37
Causa externa:	Enfermedad General		**Finalidad:** Nc Aplica		

Corazón	Normal
Abdomen	Normal
Genitourinario	Normal
Especuloscopia	No Evaluado
Tacto vaginal	No Evaluado
Tacto rectal	No Evaluado
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	Normal
Sistema Vascular periferico	Normal
Sistema Osteomuscular	Normal
Extremidades	Normal
Piel y faneras	Normal
Otros	Normal

ANALISIS:

PACIENTE FEMENINA EN SEXTA DECADA DE LA VIDA, CON ANTECEDENTES YA DESCRITOS, RESIDENTE DE CBA CANES, QUIEN CONSULTA EN CONTEXTO DE REFORMULACIÓN DE MANEJO DE BASE, PACIENTE CON HIPOREXIA, BAJO PESO Y PÉRDIDA DEL MISMO, CON DESMAYO HACE UNA SEMANA DE ORIGEN A DETERMINAR, SE LE SOLICITÓ TSH EL 29/12/2023 EL CUAL NO ESTA REALIZADO, POR LO CUAL SE REFORMULA POR UN MES, SE SOLICITA CUADRO HEMÁTICO, PERFIL LIPÍDICO, HEMOGRAMA Y CREATININA, TSH Y T4L, SE SOLICITA VALORACIÓN POR NUTRICIÓN Y CONTROL EN 1 MES. SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE Y ACOMPAÑANTE QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

DIAGNOSTICOS:			**TIPO DIAGNOSTICO**
Diagnostico Principal	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	Confirmado repetido
Relacionado 1	F329	EPISODIO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	Confirmado repetido

Orden de laboratorio

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD - REALIZAR Y CONTROL EN 1 MES CON RESULTADOS
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO -
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECU
TRIGLICERIDOS + -
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS -
COLESTEROL TOTAL -
TIROXINA LIBRE -
HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA -
MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL -

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ DARY VASQUEZ JIMENEZ

Documento:	CC 43.287.299			**H.C.**	43287299
Fecha nacimiento:	Sep 07/1971	**Edad:**	52 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	FUND CANES	**Teléfono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	63	**Fecha:**	Mar.12/2024	**Hora:**	09:37
Causa externa:	Enfermedad General		**Finalidad:** No Aplica		

POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS -
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE -
UROANALISIS -
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA -

Medicamentos

LEVOTIROXINA SODICA 50MCG TABLETA	50MCG	TABLETA	UNA EN AYUNAS VIA ORAL	30	(TREINTA)
FLUOXETINA 20MG CAPSULA	20MG	CAPSULA	UNA CADA MAÑANA VIA ORAL	30	(TREINTA)
OMEPRAZOL 20MG CAPSULA	20MG	CAPSULA	UNA EN AYUNAS VIA ORAL	30	(TREINTA)

Otras Fórmulas

REMISIONES:

Especialidad:	NUTRICIÓN Y DIETETICA			
Diagnóstico:	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA NO ESPECIFICADA			
Justificación:	PACIENTE CON HIPOREXIA Y PÉRDIDA DE PESO			
Servicio:	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA		
CUPS:	890206	**Cantidad:** 1	**Interno?:** No	

Incapacidad? No **Prorroga?** No

INDICACIONES:

Evitar azucares, productos de pasteleria y café.
Consuma con frecuencia verduras como repollo, coliflor, coles, rábano, brócoli, cebolla, ajo, apio, esparrago, lechuga, espinaca y aguacate.
Consuma con frecuencia pescado, huevo y procure preparar los fritos con aceite de oliva.
Realice actividad física regularmente.
Consulte si presenta deposiciones duras o estreñimiento.
Consulte si presenta aumento de la sensibilidad al frio.
Consulte si presenta aumento de peso involuntario.
Consulte si presenta hinchazón progresiva en piernas, dificultad para respirar, dolor en el pecho, dolor de cabeza severo, cambio de ánimo, temblor en extremidades, debilidad intensa, resequedad de la piel, caida del cabello, alteraciones en las uñas.
Consulte si a pesar del tratamiento no siente mejoría o los síntomas empeoran.
Siga al pie de la letra todas las indicaciones y tratamiento que le ordena el médico, no suspender la medicación recetada.

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ DARY VASQUEZ JIMENEZ

Documento:	CC 43.287.299			**H.C.**	43287299
Fecha nacimiento:	Sep 07/1971	**Edad:**	52 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	FUND CANES	**Teléfono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	63	**Fecha:**	Mar.12/2024	**Hora:**	09:37
Causa externa:	Enfermedad General		**Finalidad:** No Aplica		

Tome la tiroxina en ayunas, solo con agua, espere media a una hora para consumir alimentos u otros medicamentos.
DOCTOR RECUERDE REMITIR AL PACIENTE A PSIQUIATRIA Y/O PSICOLOGIA.
Retire de la habitación del paciente objetos con los cuales se pueda ocasionar daño.
Suministrele al paciente los medicamentos, no los deje para que él los tome solo.
Evítele al paciente situaciones desencadenantes de las crisis.
Procure proporcionarle al paciente una adecuada calidad de vida, fomente en el paciente el continuar realizando todas las actividades de su vida diaria.
Fomente hábitos de higiene, aseo personal, prepararse sus alimentos y hacer los oficios propios de la casa.
Procure que se respeten con el paciente los horarios establecidos en el hogar para las diferentes actividades.
Promueva la sana relación entre todos los miembros de la familia, en especial incluir al enfermo.
Brindele al paciente espacios de esparcimiento.
Consulte, si se están aumentando las crisis.
Evite que el paciente consuma licor, sustancias alucinógenas y fume.
Consulte si evidencia signos de angustia, ideas para lesionarse (agredirse), agresividad y cualquier comportamiento que se considere fuera de lo normal.
Consulte, si no le ve mejoría al paciente en una institución que cuente con la especialidad de
Es importante que el cuidador conozca muy bien la problemática del paciente, para poder tomar los correctivos necesarios cuando se presente alguna dificultad.
Procure cumplir con todas las citas médicas.
Es importante que se cuente con la opción de tener varios cuidadores para que entre ellos se turnen el cuidado del paciente.
No se auto medique.
No abuse de los medicamentos ordenados por el médico.
Si se pone agresivo el paciente, busque ayuda para inmovilizarlo.
Procure no dejar al paciente solo.

DANIEL ANDRES HERNANDEZ VELASQUEZ
CC 1.225.090.702 Registro: 1225090702
MEDICINA GENERAL

Alcaldía de PEREIRA

Fondación Canes 1552_2024 Proceso Tomo 1b

Versión: Pago 1 Fecha de Vigencia:

Convenio inte. Administrativo

Pereira Risaralda 04 de marzo 2024

Señores:
Fundación Canes
Nueva Siria vía Alcalá, Sector vía Morelia Fca tierra de santos
Pereira Risaralda

Asunto: Remisión de Adultos Mayores al CPSAM

Cordial saludo,

Por medio de este oficio relaciono los nombres de los adultos Mayores que estarán a cargo de su centro de protección al adulto mayor, a partir del cuatro (04) de marzo del año 20024, dando alcance al objeto del convenio 1552-2024 firmado entre la Fundación Canes y la Alcaldía del municipio de Pereira.

Nota
Se anexa 60 Remisiones del adulto Mayor, de las cuales 14 corresponde a mujeres y 46 a hombres.

De usted,

JAIME ARISTÓBULO MENA BUENAÑOS
Subsecretario de Grupos Vulnerables y Programas Especiales

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Alexda Gallego Palomino DOC. IDENTIDAD 42 731.116

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 11 MES 01 AÑO 1968

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL Mental

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayo que Ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fondacion Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 316 488 4122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Maria Lucia Giraldo Copete DOC. IDENTIDAD 25078705

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 26 MES 10 AÑO 1947

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Similaca TELEFONO: 3164884422

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Luz Marina Giraldo Vasquez DOC. IDENTIDAD 1.113 592759

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [10] MES [02] AÑO [1954]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la Fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 316 4884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de marzo del 2024.

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena.

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Lucia Gonzalez Palacios DOC. IDENTIDAD 22350138

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 08 MES 12 AÑO 1941

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL Mental

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andies Simijaca TELEFONO: 3164886122.

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Maria de los Angeles Jaramillo DOC. IDENTIDAD 24.931.112

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [11] MES [12] AÑO [1947]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL Visoal.

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que Ya reside en la Fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Gimijaca TELEFONO: 3148841122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Blanca Nubia Ramirez J. DOC. IDENTIDAD 34059127

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 06 MES 05 AÑO 1954

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL fisica

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayo que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andies Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Gerardina de Jesus Suarez M DOC. IDENTIDAD 29446461

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 24 MES 04 AÑO 1944

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 01 de Marzo de 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Luz Dary Vasquez Jimenez DOC. IDENTIDAD 43287299

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 07 MES 09 AÑO 1971

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL Mental

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [ ] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena.

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Maria Ruth Espinosa Cano DOC. IDENTIDAD 25.242.027

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [31] MES [12] AÑO [1934]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL fisica

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andies Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Luz Dary Estrada Orozco DOC. IDENTIDAD 24.239.858

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 04 MES 06 AÑO 1947

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 316 488 4422

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [V] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Maria Odilia Cicero Ruiz DOC. IDENTIDAD 31 397 869.

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [08] MES [08] AÑO [1946]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [Y] NO [ ] CUAL Mental

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Aduto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 316 488 4122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Fernandina Bedoya Cañaveral DOC. IDENTIDAD 42.070.494

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [31] MES [12] AÑO [1935]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [x] NO [ ] CUAL Física

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andies Simjaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024.

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Hena.

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Maria Veronica Bañol Morales DOC. IDENTIDAD 25.035.674

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 20 MES 12 AÑO 1948

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL Visoal

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la Fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundacion Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simjaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Hena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Maria Elvia Arena Hernandez DOC. IDENTIDAD 24.374.349

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 26 MES 06 AÑO 1937

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL fisica.

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayo que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Siniaca TELEFONO: 3173704853

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Octavio Espinosa Ramirez DOC. IDENTIDAD 7.361.463

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [23] MES [08] AÑO [1937]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la Fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884422

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [x] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Guillermo forero DOC. IDENTIDAD 7.4825

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 05 MES 02 AÑO 1935

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [x] NO [ ] CUAL fisica

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundacion.

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundacion Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Homberto Antonio Gonzalez DOC. IDENTIDAD 10.057.941

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 26 MES 03 AÑO 1944

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL Auditivo

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la Fundación Canes

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime mena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [Y] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Joan de la Cruz Gutierrez B DOC. IDENTIDAD 4.502.076

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [22] MES [11] AÑO [1938]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [Y] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundacion

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andies Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Joseluis Gutierrez G. DOC. IDENTIDAD 15907203.

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 18 MES 02 AÑO 1967

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Carlos Emilio Gutierrez G DOC. IDENTIDAD 4.499.337

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 12 MES 12 AÑO 1935

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL Visual

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la Fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Jaime Herrera Boitrago DOC. IDENTIDAD 6.522871

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 11 MES 12 AÑO 1947

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL fisica

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la Fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: _____ TELEFONO: 3164884422

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [Y] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Gildardo de Jesos Londoño DOC. IDENTIDAD 4.576.730

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [30] MES [03] AÑO [1938]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [Y] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Jose Aldemar Londoño V. DOC. IDENTIDAD 6479941

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [08] MES [03] AÑO [1942]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Raul Antonio Morales V. DOC. IDENTIDAD 4.537788

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 01 MES 08 AÑO 1953

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL Fisica

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la Fundacion

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundacion Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andies Simijaca TELEFONO: 3164884422

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Jose Diego Lopez B. DOC. IDENTIDAD 10.103.349

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 10 MES 06 AÑO 1960

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundacion Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [Y] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Gerardo Gomez DOC. IDENTIDAD 2.245.080

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 22 MES 10 AÑO 1933

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [Y] NO [ ] CUAL fisica

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la Fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 316 488 44 22

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Gerardo de Jesus Marin DOC. IDENTIDAD 4.577.454

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 13 MES 01 AÑO 1954

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andies Simijaca TELEFONO: 3164884422

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Dorance Moreno Aguirre DOC. IDENTIDAD 1.088.254.072

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 29 MES 07 AÑO 1965

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andies Simijaca TELEFONO: 3166884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Jaime de Jesos Muñoz B DOC. IDENTIDAD 4492.842

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 21 MES 09 AÑO 1937

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [Y] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Javier Nieto Valencia DOC. IDENTIDAD 10.064.343

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [04] MES [11] AÑO [1948]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que reside en la Fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3161884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Luis Alfonso Orozco Garcia DOC. IDENTIDAD 10.069.588

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 18 MES 07 AÑO 1950

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundacion

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [Y] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Mario Ospina Zapata DOC. IDENTIDAD 10.096.000

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [29] MES [08] AÑO [1959]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la Fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122.

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Hena Cuellar Mesia DOC. IDENTIDAD 10.097.470

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 04 MES 04 AÑO 1955

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL fisica.

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Hena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Heimes Cubillos Rios DOC. IDENTIDAD 10.088.518

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 18 MES 04 AÑO 1957

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL fisica

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Hena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024.

PROYECTO: ADULTO MAYOR [Y] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Hena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Miguel Angel Correa Ramirez DOC. IDENTIDAD 10.058.278.

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [28] MES [07] AÑO [1944]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL fisica y visual

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundacion

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Hena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Muñoz

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Deiner Adrian Chiquito G. DOC. IDENTIDAD 16.030.042.

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 09 MES 02 AÑO 1979

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL Visoal -

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andies Pimijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [Y] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Leonidas Celis Lemos DOC. IDENTIDAD 4.510.724

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [26] MES [07] AÑO [1942]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [Y] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundacion Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 316 4884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Hever Ceballos DOC. IDENTIDAD 4.493.761

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 11 MES 04 AÑO 1935

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [X] NO [ ] CUAL fisica

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Mena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Marco Antonio Mosquera V. DOC. IDENTIDAD 4.641.717

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 12 MES 10 AÑO 1940

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo del 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaime Hena

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Orlando Antonio Cardona Muñoz DOC. IDENTIDAD 10.070.943

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 14 MES 04 AÑO 1951

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 3164884122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Hena.

FIRMA: _____ TELEFONO: _____

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 04 de Marzo de 2024

PROYECTO: ADULTO MAYOR [X] COLOMBIA MAYOR [ ] OTRO: _____

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: Jaimer Mena.

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Samuel Baitiago DOC. IDENTIDAD 10.065.767

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [18] MES [02] AÑO [1949]

POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [Y] CUAL _____

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: _____

MOTIVO REMISION: Nuevo Convenio

OBSERVACIONES: Adulto Mayor que ya reside en la fundación

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CBA) Fundación Canes

PERSONA ENCARGADA DEL CBA: Andres Simijaca TELEFONO: 316 488 4122

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: Jaime Mena

FIRMA: _____ TELEFONO: _____