	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación 27-10-2016	Código: FO-EV-MC-07
	RECIBO A SATISFACCION	Versión: 00	Página **1 de 1**

LA SUSCRITA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFÍCA

Que recibió a satisfacción de **LA FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER**, Identificado con Número de **Nit: 892.400.442-5**, las actividades de acuerdo a lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales Especializados **N° CO1.PCCNTR. 6363944**. Para efectos del pago correspondiente a UN (01) MES de servicio, me permito suministrar la siguiente información contractual:

Periodo Certificado	Del 29 de Junio al 28 de Julio de 2024
Informe Número	DOS (02)
Plazo del Contrato	SEIS (6) MESES
VALOR A PAGAR	$ 98.686.798 M/CTE.
Observaciones	

Para la autorización de este periodo, se verificó que el contratista cumpliera con el pago de los aportes al sistema de seguridad social.

De conformidad con lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla a los 29 días del mes de Julio de 2024.

Cordialmente,

JOHANA WILCHES DIMAS
Secretaria de Desarrollo Social

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 08-06-2016	Código: FO-EV-MC-05
	FORMATO INFORME DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	Versión: 01	Página **1 de 1**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Contratista	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER		NIT	892.400.442-5	
Año	2024		N° Contrato	CO1.PCCNTR. 6363944	
Objeto	Prestación de servicios profesionales y técnicos de atención integral de dia y de noche a 35 personas mayores, en situación de abandono, desprotección y/o vulnerabilidad, conforme a los criterios de la Ley 1276 de 2009 modificada por la Ley 1850 de 2017, con el fin de garantizar su protección y atención digna en San Andrés Isla.				
Periodo del Informe		Desde:	29 de Junio del 2024	Hasta:	28 de Julio del 2024

2. ACTIVIDADES EJECUTADAS		
Ítem	Objetivo / Entregable	Actividad
1	Entrega de tres raciones alimentarias a las 35 personas adultas mayores beneficiarias.	*Adjuntar un Informe que dé cuenta de las tres raciones alimentarias a las 35 personas adultas mayores beneficiarias, con los soportes fotográficos y el formato previamente aprobado.*
2	Elaborar un informe final del estado general en el que se encuentre cada uno de los adultos mayores.	*Adjuntar un Informe que dé cuenta del estado general de cada uno de los adultos mayores y deberá contener: información médica, nutricional, psicológica y social.*
3	Elaborar un informe que de cuenta de las acciones en salud gestionadas durante el mes en beneficio de los adultos mayores y los resultados obtenidos.	*Adjuntar un Informe de cuenta de las acciones en salud gestionadas durante el mes en beneficio de los adultos mayores y los resultados obtenidos.*
4	Elaborar un informe que dé cuenta de las actividades recreativas durante el mes.	*Adjuntar un Informe de cuenta de las actividades recreativas realizadas durante el mes con los respectivos soportes fotográficos y listados de asistencia.*
5	Elaborar un informe que de cuenta de la implementación del plan de acompañamiento psicosocial a 35 personas adultas mayores beneficiarias.	*Adjuntar un Informe que dé cuenta de la implementación del plan de acompañamiento psicosocial a 35 personas Adultas Mayores beneficiarios.*
6	Elaborar informe financiero de la ejecución del contrato.	*Adjuntar un informe Financiero de la ejecución del contrato con los respectivos soportes correspondientes a la ejecución del contrato.*

1. ANEXOS
ADJUNTO FOLIOS DE EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO INDICADO. RP 2637 DE MAYO 29 DE 2024 – CDP 2607 DE MAYO 15 DE 2024 – CERTIFICADO PARAFISCALES - CERTIFICADO BANCARIO - ACTA DE INICO Y CONTRATO CO1.PCCNTR. 6363944

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el día 28 de Julio del 2024.

Contratista

Nombre: Mons. JAIME URIEL SANABRIA A.
REPRESENTANTE LEGAL.

Jefe de oficina responsable

Nombre: JOHANA WILCHES DIMAS
Secretaria de Desarrollo Social

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- Teléfono: 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

INFORME

DESEMBOLSO 2.

PRESENTADO A LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DE SAN ANDRES SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

Prestación de servicios profesionales y técnicos de atención integral de dia y de noche a 35 personas mayores, en situación de abandono, desprotección y/o vulnerabilidad, conforme a los criterios de la Ley 1276 de 2009 modificada por la Ley 1850 de 2017, con el fin de garantizar su protección y atención digna en San Andrés Isla.

ELABORADO POR:

+Mons. JAIME URIEL SANABRIA ARIAS
Representante legal

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- Teléfono: 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

San Andrés Isla, julio 28 de 2024.

Señores:
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
Doctora: JOHANA WILCHES DIMAS
Secretaria de Desarrollo
San Andrés

ASUNTO: Presentación del informe sobre la ejecución del contrato CO1PCCNTR.6363944 como el DESEMBOLSO 2.

Paz y Bien;

Me permito remitirle el informe, sobre la ejecución del contrato CO1PCCNTR.6363944 como el DESEMBOLSO 2. de acta de inicio de Mayo 29 de 2024, CDP2607 - RP2637.

El informe corresponde a la ejecución pactada en el numeral 3.3.3. como DESEMBOLSO2. Del 29 de Junio de 2024 hasta el 28 de julio de 2024.

No siendo más el motivo de la misma, me suscribo de ustedes.

Jaime Uriel Sanabria A.

Mons. JAIME URIEL SANABRIA ARIAS.
Representante legal.

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- *Teléfono:* 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

San Andrés Isla, Julio 28 de 2024

Señores:
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
Doctora: **JOHANA WILCHES DIMAS**
Secretaria de Desarrollo Social
San Andrés

Asunto: INFORME **DESEMBOLSO 2.** CO1PCCNTR6363944

Saludo de Paz y Bien en el nombre de nuestro señor Jesucristo:

Me permito adjuntar la documentación correspondiente al INFORME DESEMBOLSO 2 asi:

INFORMACION GENERAL

NUMERO DEL CONTRATO	***CO1.PCCNTR6363944 CDP2607 RP2637***
NOMBRE DEL CONTRATO	*Prestación de servicios profesionales y técnicos de atención integral de dia y de noche a 35 personas mayores, en situación de abandono, desprotección y/o vulnerabilidad, conforme a los criterios de la Ley 1276 de 2009 modificada por la Ley 1850 de 2017, con el fin de garantizar su protección y atención digna en San Andrés Isla.*
ENTIDAD CONTRATANTE	*Gobernación Departamental del Archipiélago de San Andrés providencia y santa Catalina*
ENTIDAD CONTRATADA	*Fundación Hogar del anciano San Pedro Claver*
NIT	*892,400,442-5*
DURACION DEL CONTRATO	*SEIS MESES*
FECHA TERMINACION	*NOVIEMBRE 28 DE 2024*
FECHA ACTA DE INICIO	*MAYO 29 DE 2024*
VALOR DEL CONTRATO	*$ 704.905.706,00*

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- *Teléfono:* 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

Para dar cumplimiento a lo acordado en el numeral 3.3.3. ***Desembolso 2:***
Equivalente a la Ejecución del contrato, contado a partir de la fecha del acta de Inicio, del 29 Mayo hasta el 28 de Junio, como primer mes de ejecución y del 29 de Junio hasta el 28 de Julio de 2024, como segundo mes de ejecución. Por un valor de Noventa y ocho millones seiscientos ochenta y seis mil setecientos noventa y nueve pesos ($98.686.799) mcte. Previa entrega y recibido a satisfacción de las siguientes obligaciones y entregables.

OBLIGACION	***ENTREGABLE***
Entrega de tres (3) raciones alimentarias a las 35 personas mayores beneficiadas.	*Informe que dé cuenta de las tres raciones alimentarias a las 35 personas adultas mayores beneficiarias, con los soportes fotográficos y el formato previamente aprobado.*
Elaborar un informe final del estado general en que se encuentra cada uno de los adultos mayores.	*Informe que dé cuenta del estado general de cada uno de los adultos mayores y deberá contener: información médica, nutricional, psicológica y social.*
Elaborar un Informe que dé cuenta de las acciones en salud gestionadas durante el mes en beneficio de los adultos mayores y los resultados obtenidos.	*Informe de cuenta de las acciones en salud gestionadas durante el mes en beneficio de los adultos mayores y los resultados obtenidos.*
Elaborar un Informe que dé cuenta de las actividades recreativas realizadas durante el mes.	*Un Informe de cuenta de las actividades recreativas realizadas durante el mes con los respectivos soportes fotográficos y listados de asistencia.*
Un Informe de cuenta de la implementación del plan de acompañamiento psicosocial a las 35 personas Adultas Mayores beneficiarios.	*Elaborar un Informe que dé cuenta de la implementación del plan de acompañamiento psicosocial a 35 personas Adultas Mayores beneficiarios.*
Elaborar un informe Financiero de la ejecución del contrato.	*Un informe Financiero de la ejecución del contrato con los respectivos soportes correspondientes a la ejecución del contrato.*

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- *Teléfono:* 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

ENTREGABLES

OBLIGACION	*ENTREGABLE*
Entrega de tres (3) raciones alimentarias a las 35 personas mayores beneficiadas.	*Informe que dé cuenta de las tres raciones alimentarias a las 35 personas adultas mayores beneficiarias, con los soportes fotográficos y el formato previamente aprobado.*

PRESENTACION DEL FORMATO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL:

Presentamos el formato de ración alimentaria individual para el Adulto Mayor de la fundación Hogar del anciano San Pedro Claver. Diligenciados entre el 29 de Mayo de 2024 hasta el 28 de julio de 2024.

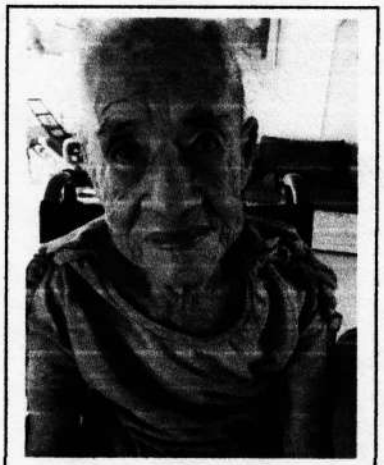
En el presente formato se selecciona el momento de la toma del alimento y el día de la semana describiendo en número los siete dias de la semana y a través de la huella dactilar confirma su presencia y la toma del alimento señalado en la semana señalada, durante el mes.

Presentamos los formatos de ración alimentaria de Diez mujeres (10) y Veinte (20) hombres para un total de Treinta (30) Adultos Mayores en el presente informe.

Adjunto los informes.

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 15 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** __29/05/2024__
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Ana Luisa Diaz
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. **NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** __20096628_____
9. **SEXO: M__ F_x_ EDAD: __90__ FECHA DE NACIMIENTO: _24/12/1932_**
10. **PESO:** ____41.3____



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

---

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 16 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 5 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: BOWE BRANDT DINA
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _X__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 40993760
9. SEXO: M__ F_X_ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 03/02/1957
10. PESO: ____125.1_____
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 6 de 60

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 31 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Nelda Mae Mitchell Pomare
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: _23246014_____
9. SEXO: M__ F_X_ EDAD: ___91___ FECHA DE NACIMIENTO: __08/05/1931_
10. PESO: ___60.9 KG_____



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 32 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X
ALMUERZO	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X
REFRIGERIO TARDE	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X
CENA	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X	DIA X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 35 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Silvia Negrete Gonzalez
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 28006203
9. SEXO: M__ F_X_ EDAD: ___82__ FECHA DE NACIMIENTO: ___11/08/1940___
10. PESO: 64.7 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

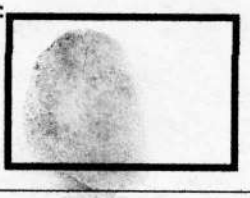


SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



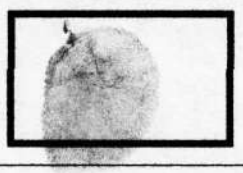
CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

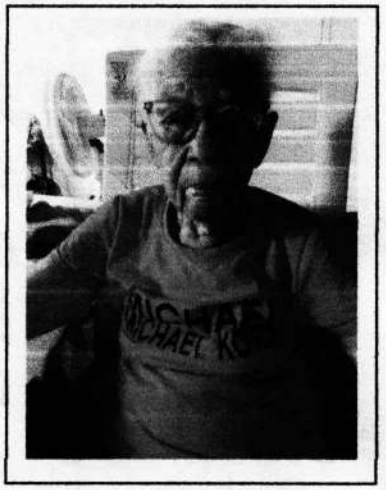
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 39 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Delfina Cecilia Newball Hudgson
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: ____23246699_____
9. SEXO: M__ F_x_ EDAD: __90____ FECHA DE NACIMIENTO: __12/01/1934__
10. PESO: ___59.7 KG_____



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA_29_ MES _05__ AÑO __2024___

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 40 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 43 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Candelaria Isabel Orozco de Rodelo
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 22297866
9. SEXO: M__ F_x_ EDAD: ___89___ FECHA DE NACIMIENTO: 28/03/1935
10. PESO: 49.8 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 44 de 60

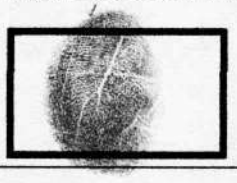
TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 51 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Irvy Kirchman de Rodas
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 23245110
9. SEXO: M__ F_X_ EDAD: __98____ FECHA DE NACIMIENTO: ____143/04/1926__
10. PESO: 47.8 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

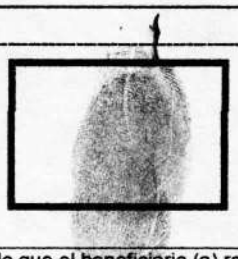
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



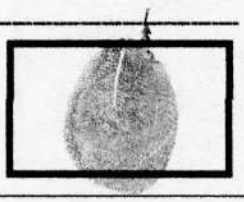
CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 55 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** __29/05/2024__
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Ruby Alba Taylor Florez
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA _x__ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** ___29208822_____
9. **SEXO:** M__ F_x_ **EDAD:** __88____ **FECHA DE NACIMIENTO:** __05/12/1934_
10. **PESO:** ___58.1 KG_____



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

---

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 56 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 59 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 29/05/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Mercedes Del Carmen Zamora Bernal
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA _x_ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 20201096
9. **SEXO:** M__ F_x_ **EDAD:** 94__ **FECHA DE NACIMIENTO:** 17/02/1930
10. **PESO:** 45.4 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. **REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS**

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 60 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

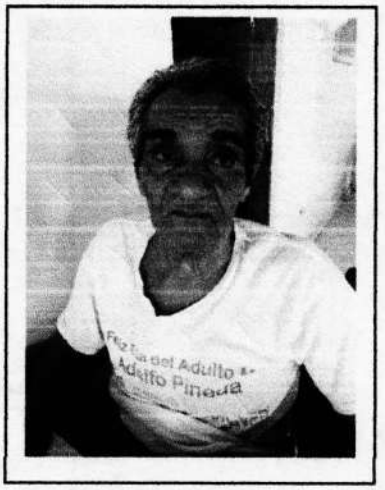
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 47 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Adolfo Pineda Díaz
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 15240296
9. SEXO: M_x_ F__ EDAD: __79____ FECHA DE NACIMIENTO: _22/02/1945__
10. PESO: 48 KG
11.



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

12. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 48 de 60

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 1 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: ARCHBOLD CARLOS ANTONIO
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:

   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 15241566
9. SEXO: M X F__ EDAD: 74 FECHA DE NACIMIENTO: 26/01/1950
10. PESO: 58.8
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA	CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 3 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: BARRIENTOS LUIS ALFONSO
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 6555759
9. SEXO: M X F__ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 14/12/1941
10. PESO: 58.8
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 4 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



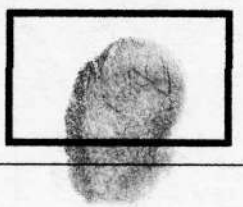
CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

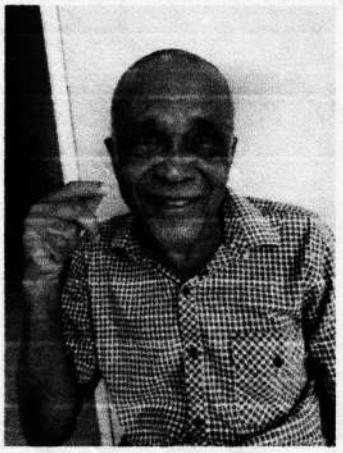
_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 7 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: BRITTON FORBES LINO HERNANDO
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 15240738
9. SEXO: M X F__ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 24/07/1973
10. PESO: 54
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 8 de 60

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

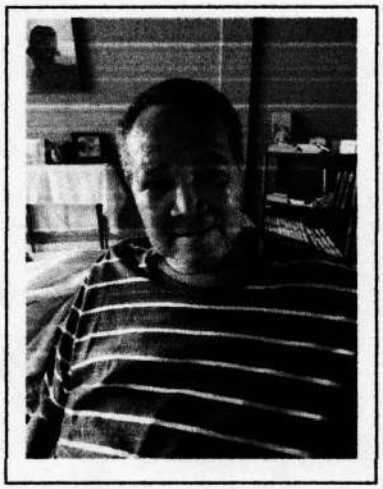
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 9 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) **29/05/2024**
2. NUMERO DEL CONTRATO: **COLPCCNTR- 6363944**
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: **SEIS MESES 11/23/2024**
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: **FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER**
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: **VICARIATO APOSTÓLICO**
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Manuel Cardona Dawkins
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:15240383
9. SEXO: M X F__ EDAD: _72___ FECHA DE NACIMIENTO: _13/10/1950__
10. PESO: _98___



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA_29_ MES _05_ AÑO __2024___

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

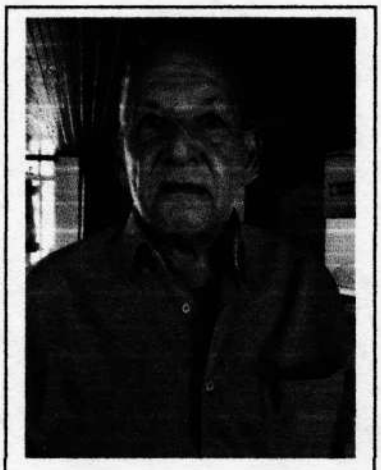
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 11 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Azael Cortina Torres
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _X_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 862428
9. SEXO: M X F__ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 17/04/1939
10. PESO: 77 kg



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

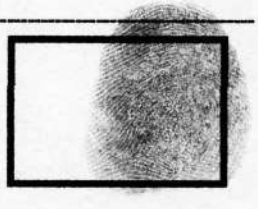
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 12 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

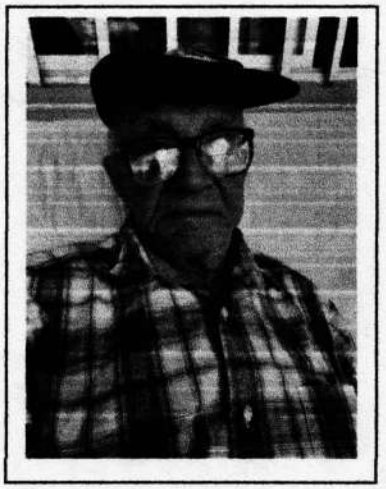
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 13 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) __29/05/2024__
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: José Hernando Correa López
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: _3559754__
9. SEXO: Mx_ F__ EDAD: __84__ FECHA DE NACIMIENTO: _19/12/1938____
10. PESO: 59.9



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA_29_ MES _05__ AÑO __2024___

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

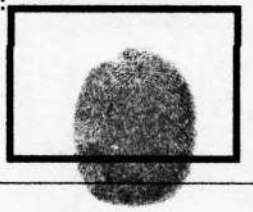


SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 14 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

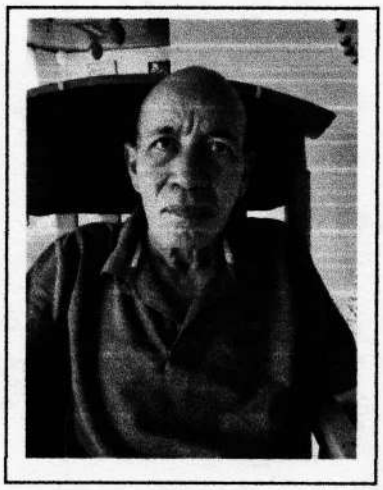
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 17 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Argemiro José Hernández Luna
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 73092471
9. SEXO: M_X F__ EDAD: 63 FECHA DE NACIMIENTO: 09/06/1961
10. PESO: 69.8



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 18 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

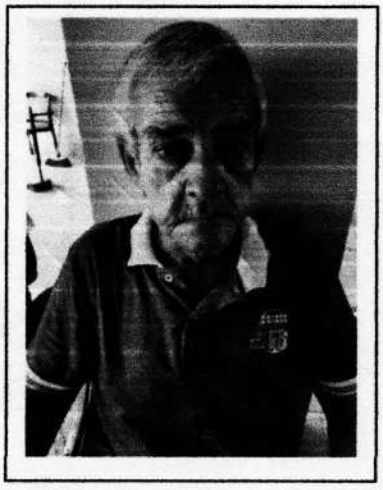
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 19 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Álvaro Bosco Delgado Delgado
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 10057387
9. SEXO: M_X_ F__ EDAD: 74 FECHA DE NACIMIENTO: 10/10/1948
10. PESO: 56.6



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 20 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



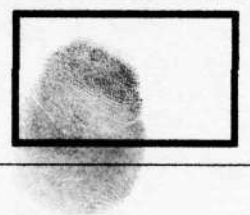
CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 21 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Antonio Alberto Escobar BernaL
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 2920431
9. SEXO: M_x_ F__ EDAD: ___84___ FECHA DE NACIMIENTO: 02/08/1938
10. PESO: 60



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 22 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

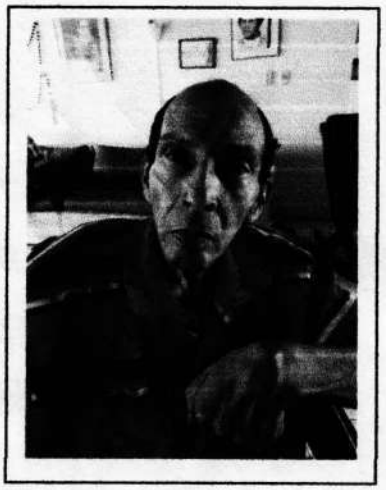
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 23 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Jairo Gómez Pérez
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 9286420
9. SEXO: M__ F__ EDAD: 59 FECHA DE NACIMIENTO: 13/06/1965
10. PESO: 40 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

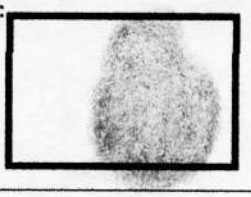


SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 24 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

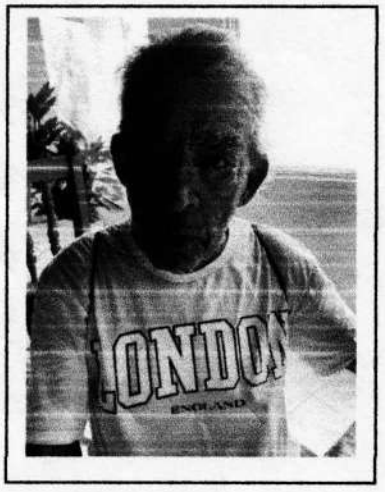
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 25 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Álvaro Hernández Lotero
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 4611000
9. SEXO: M X F__ EDAD: 79 FECHA DE NACIMIENTO: 17/08/1942
10. PESO: 61.3



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 26 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



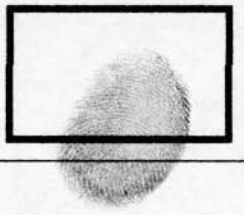
CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

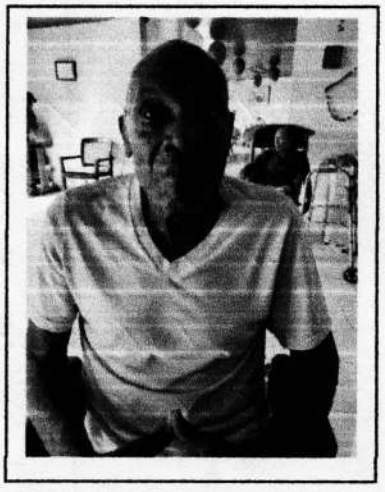
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 27 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Manuel Bernardo Humphrey
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 17048440
9. SEXO: M X F__ EDAD: 81 FECHA DE NACIMIENTO: 11/11/1941
10. PESO: 85 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 28 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

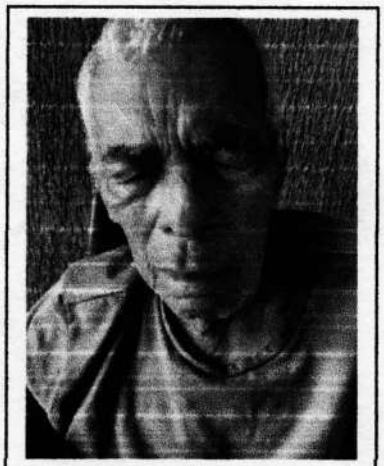
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 29 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Gregorio Alfonso Leal Narváez
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 3789570
9. SEXO: M X F__ EDAD: __83____ FECHA DE NACIMIENTO: 19/07/1939
10. PESO: 42.3



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 30 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

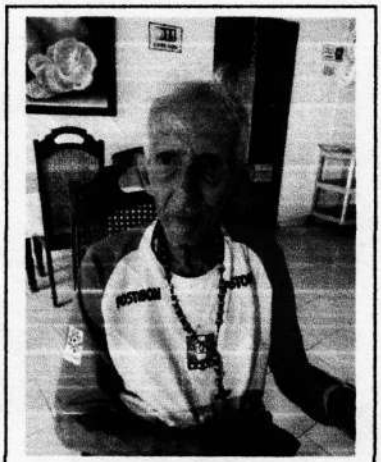
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 33 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Luis Carlos Monsalve Mosalve
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: ___8385252____
9. SEXO: M X F__ EDAD: ___78___ FECHA DE NACIMIENTO: ___27/11/1944___
10. PESO: 51.4 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

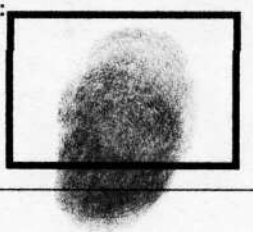


SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 34 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 37 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Rodolf Newball
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 4033352
9. SEXO: M_x_ F__ EDAD: __82____ FECHA DE NACIMIENTO: 01/12/1940
10. PESO: 72.3KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 38 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 41 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: José Joaquín Novoa Velandia
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA ___ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 6084732
9. SEXO: M_x_ F__ EDAD: _81____ FECHA DE NACIMIENTO: 16101941
10. PESO: 57.6 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 42 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



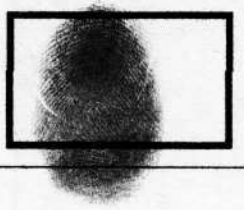
CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

		Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 45 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: José Concepción Pájaro Campo
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 9088849
9. SEXO: M_x_ F__ EDAD: ___79___ FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/1945
10. PESO: 72.1 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 46 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

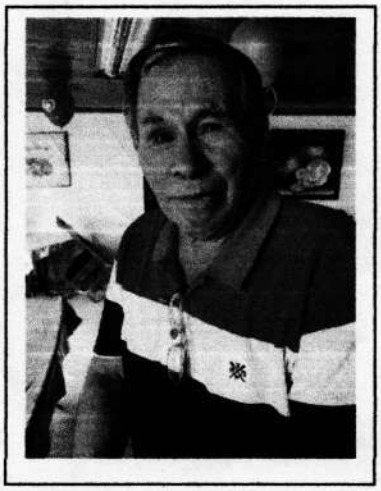
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 49 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 29/05/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Onofre Pulido
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA ___ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 17143359
9. **SEXO:** M_x_ F__ **EDAD:** ___77___ **FECHA DE NACIMIENTO:** __27/03/1946___
10. **PESO:** 76.1 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. **REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS**

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 50 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

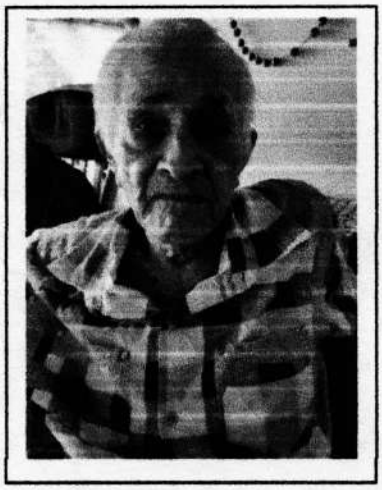
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 53 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Eduardo Enrique Suarez Torres
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 10790549
9. SEXO: M_x_ F__ EDAD: ___83___ FECHA DE NACIMIENTO: __31/12/1939__
10. PESO: 53.1 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 54 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



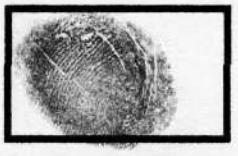
CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 57 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Elba Teresa Welcome Lambson
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA _x_ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 23247590
9. **SEXO:** M__ F_x_ **EDAD:** __79____ **FECHA DE NACIMIENTO:** __14/09/1945_
10. **PESO:** 66.5 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. **REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS**

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 56 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 55 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Ruby Alba Taylor Florez
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA _x_ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 29208822
9. **SEXO:** M__ F_x_ **EDAD:** __88____ **FECHA DE NACIMIENTO:** __05/12/1934_
10. **PESO:** 58.1 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. **REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS**

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

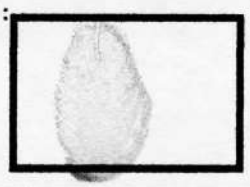


SEGUNDA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 54 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

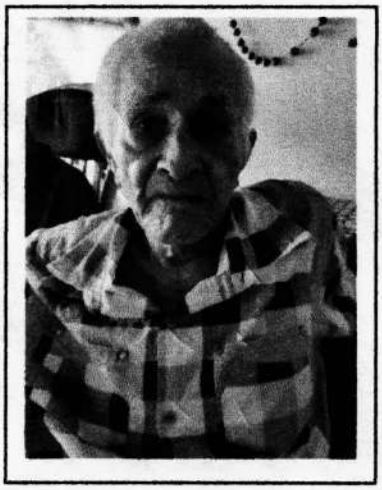
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 53 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Eduardo Enrique Suarez Torres
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA _x_ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 10790549
9. **SEXO:** M_x_ F__ **EDAD:** ___83___ **FECHA DE NACIMIENTO:** __31/12/1939__
10. **PESO:** 53.1 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

---

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 52 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 51 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Irvy Kirchman de Rodas
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA x **PASAPORTE** ____ **OTRO** ____
8. **NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 23245110
9. **SEXO:** M__ F X **EDAD:** 98 **FECHA DE NACIMIENTO:** 143/04/1926
10. **PESO:** 47.8 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. **REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS**

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 50 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 49 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Onofre Pulido
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA ___ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 17143359
9. **SEXO:** M_x_ F__ **EDAD:** ___77___ **FECHA DE NACIMIENTO:** __27/03/1946___
10. **PESO:** 76.1 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. **REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS**

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 48 de 60

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

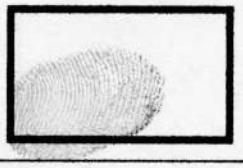


CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

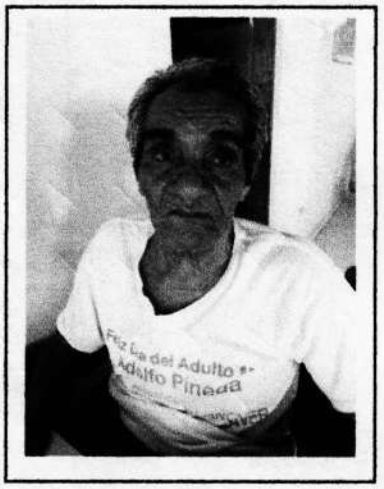
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 47 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) **28/07/2024**
2. NUMERO DEL CONTRATO: **COLPCCNTR- 6363944**
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: **SEIS MESES 11/23/2024**
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: **FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER**
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: **VICARIATO APOSTÓLICO**
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Adolfo Pineda Díaz
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 15240296
9. SEXO: M_x_ F__ EDAD: __79____ FECHA DE NACIMIENTO: _22/02/1945__
10. PESO: 48 KG
11.



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

---

12. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

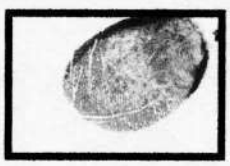
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

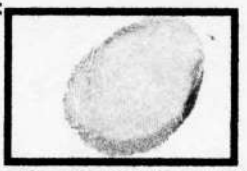


SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 46 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 45 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** José Concepción Pájaro Campo
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA _x_ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 9088849
9. **SEXO:** M_x_ F__ **EDAD:** ___79___ **FECHA DE NACIMIENTO:** 08/12/1945
10. **PESO:** 72.1 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 58 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 43 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Candelaria Isabel Orozco de Rodelo
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA _x_ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 22297866
9. **SEXO:** M__ F_x_ **EDAD:** ___89___ **FECHA DE NACIMIENTO:** 28/03/1935
10. **PESO:** 49.8 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. **REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS**

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

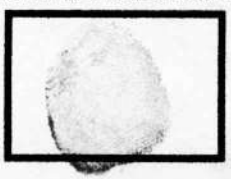
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 44 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



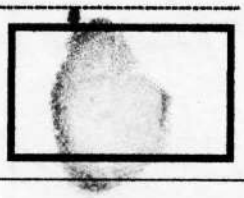
CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 41 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** José Joaquín Novoa Velandia
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA ___ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 6084732
9. **SEXO:** M_x_ F__ **EDAD:** _81____ **FECHA DE NACIMIENTO:** 16101941
10. **PESO:** 57.6 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. **REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS**

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 39 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Delfina Cecilia Newball Hudgson
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA _x_ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 23246699
9. **SEXO:** M__ F_x_ **EDAD:** __90____ **FECHA DE NACIMIENTO:** __12/01/1934__
10. **PESO:** 59.7 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. **REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS**

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

SEGUNDA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 40 de 60

TERCERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

_____

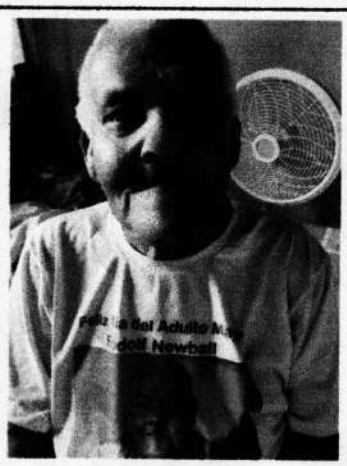
Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 37 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Rodolf Newball
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 4033352
9. SEXO: M_x_ F__ EDAD: __82____ FECHA DE NACIMIENTO: 01/12/1940
10. PESO: 72.3KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 38 de 60

TERCERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



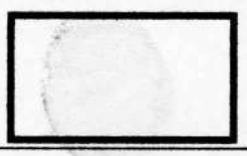
QUINTA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 31 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Nelda Mae Mitchell Pomare
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: _23246014_____
9. SEXO: M__ F_X_ EDAD: ___91___ FECHA DE NACIMIENTO: __08/05/1931_
10. PESO: ____60.9 KG_____



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA_29_ MES _05__ AÑO __2024___

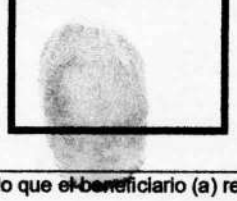
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 30 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 35 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Silvia Negrete González
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA x **PASAPORTE** ____ **OTRO** ____
8. **NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 28006203
9. **SEXO:** M__ F_X_ **EDAD:** ___82__ **FECHA DE NACIMIENTO:** 11/08/1940
10. **PESO:** 64.7 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. **REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS**

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 36 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

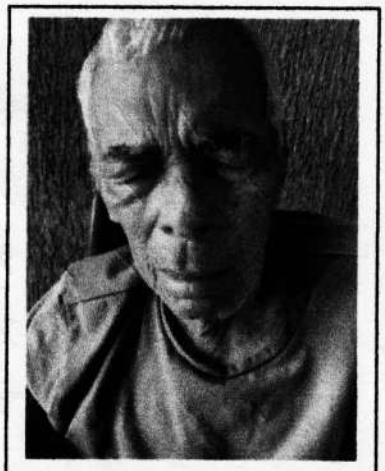
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 29 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Gregorio Alfonso Leal Narváez
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 3789570
9. SEXO: M X F__ EDAD: __83____ FECHA DE NACIMIENTO: 19/07/1939
10. PESO: 42.3



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 32 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 27 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Manuel Bernardo Humphrey
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 17048440
9. SEXO: M X F__ EDAD: 82 FECHA DE NACIMIENTO: 11/11/1941
10. PESO: 85 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

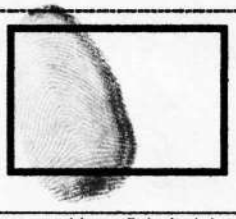
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 28 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

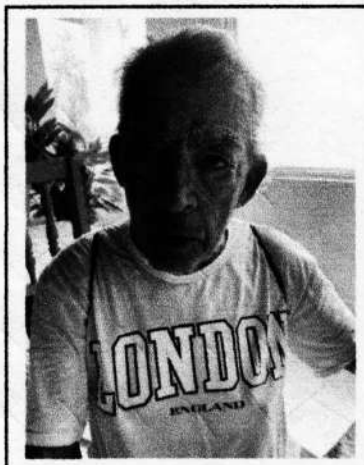
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 25 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Álvaro Hernández Lotero
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 4611000
9. SEXO: M X F__ EDAD: 79 FECHA DE NACIMIENTO: 17/08/1942
10. PESO: 61.3



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 26 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 23 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Jairo Gómez Pérez
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 9286420
9. SEXO: M__ F__ EDAD: 59 FECHA DE NACIMIENTO: 13/06/1965
10. PESO: 40 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	6	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 24 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



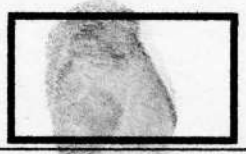
QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

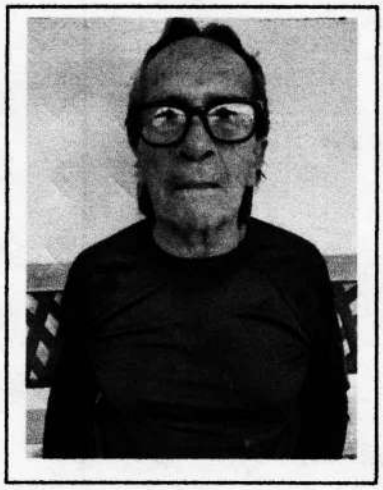
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 21 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Antonio Alberto Escobar Bernal
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 2920431
9. SEXO: M_x_ F__ EDAD: ___84___ FECHA DE NACIMIENTO: 02/08/1938
10. PESO: 60



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 22 de 60

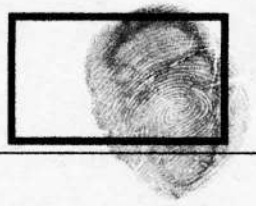
TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

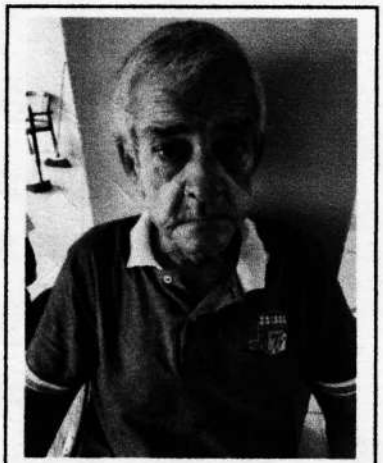
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 19 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Álvaro Bosco Delgado Delgado
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 10057387
9. SEXO: M_X_ F__ EDAD: 74 FECHA DE NACIMIENTO: 10/10/1948
10. PESO: 56.6



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

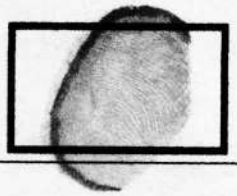
	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 20 de 60

TERCERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

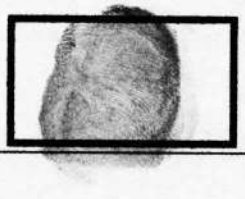


QUINTA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

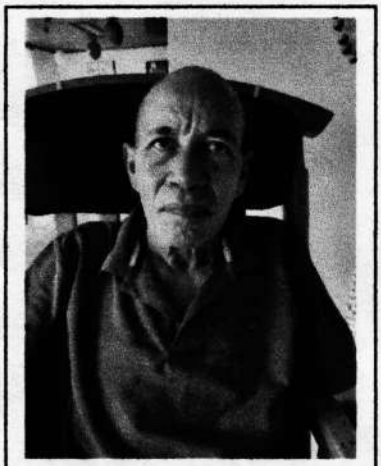
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 17 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Argemiro José Hernández Luna
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA _x_ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 73092471
9. **SEXO:** M_X_ F__ **EDAD:** __63__ **FECHA DE NACIMIENTO:** 09/06/1961
10. **PESO:** 69.8



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 15 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Ana Luisa Diaz
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA _x_ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 20096628
9. **SEXO:** M__ F_x_ **EDAD:** __90__ **FECHA DE NACIMIENTO:** _24/12/1932_
10. **PESO:** 41.3



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 16 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

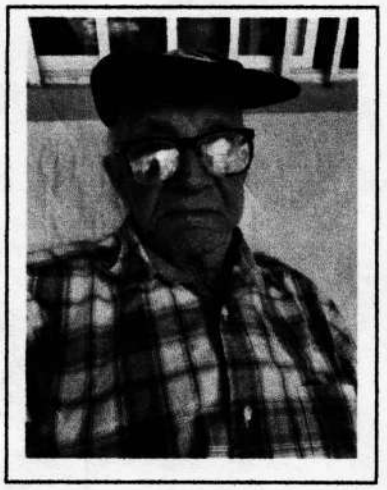
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 13 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: José Hernando Correa López
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: _3559754__
9. SEXO: Mx_ F__ EDAD: __84__ FECHA DE NACIMIENTO: _19/12/1938____
10. PESO: 59.9



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

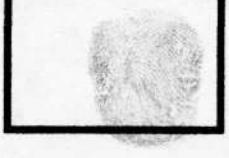
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 14 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

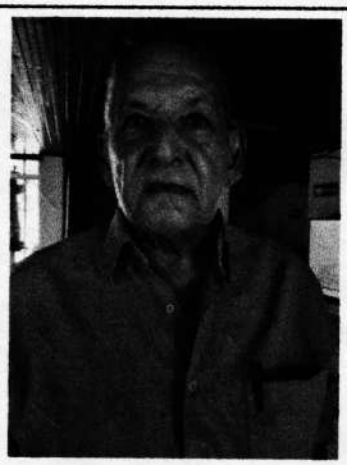
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 11 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Azael Cortina Torres
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA _X_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. **NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 862428
9. **SEXO: M X F__ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO:** 17/04/1939
10. **PESO:** 77 kg



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

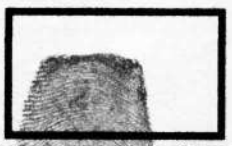
	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 12 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

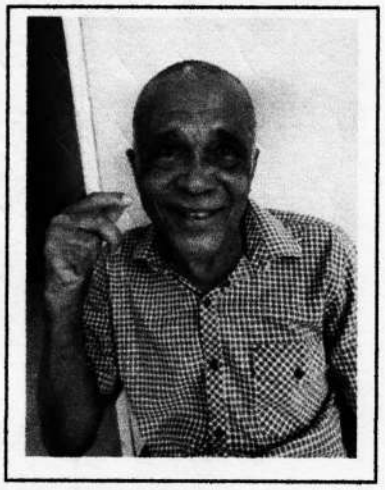
_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 7 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: BRITTON FORBES LINO HERNANDO
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:

   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 15240738
9. SEXO: M X F__ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 24/07/1973
10. PESO: 54
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

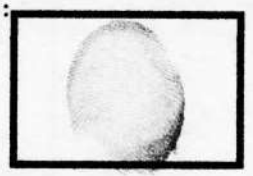


SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 8 de 60

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



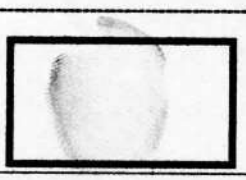
QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 5 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: BOWE BRANDT DINA
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _X__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 40993760
9. SEXO: M__ F_X_ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 03/02/1957
10. PESO: 125.1
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 6 de 60

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

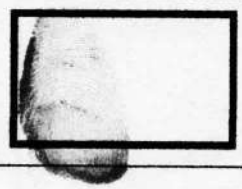


CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 3 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: BARRIENTOS LUIS ALFONSO
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ___ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 6555759
9. SEXO: M X F__ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 14/12/1941
10. PESO: 58.8
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 4 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 1 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: ARCHBOLD CARLOS ANTONIO
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 15241566
9. SEXO: M X F__ EDAD: 74 FECHA DE NACIMIENTO: 26/01/1950
10. PESO: 58.8
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA

CUARTA SEMANA

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 2 de 60

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 33 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Luis Carlos Monsalve Mosalve
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: ___8385252____
9. SEXO: M X F__ EDAD: ___78___ FECHA DE NACIMIENTO: ___27/11/1944__
10. PESO: 51.4 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	2	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	2	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X	X	X	X	X
ALMUERZO	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERIO TARDE	X	X	X	X	X	X	X
CENA	X	X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 34 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

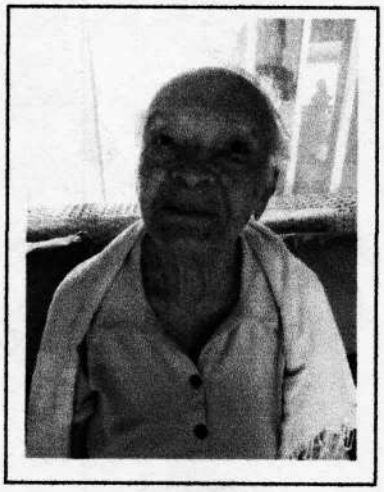
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 59 de 60

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/07/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Mercedes Del Carmen Zamora Bernal
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   CEDULA _x_ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** ____20201096____
9. **SEXO:** M__ F_x_ **EDAD:** ____94__ **FECHA DE NACIMIENTO:** ___17/02/1930_____
10. **PESO:** 45.4 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. **REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS**

Fecha de Inicio: DIA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 60 de 60

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



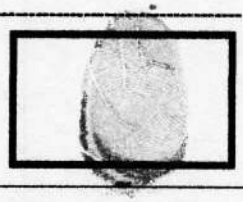
CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
ALMUERZO	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
REFRIGERIO TARDE	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X
CENA	DIA 1 X	DIA 2 X	DIA 3 X	DIA 4 X	DIA 5 X	DIA 6 X	DIA 7 X

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

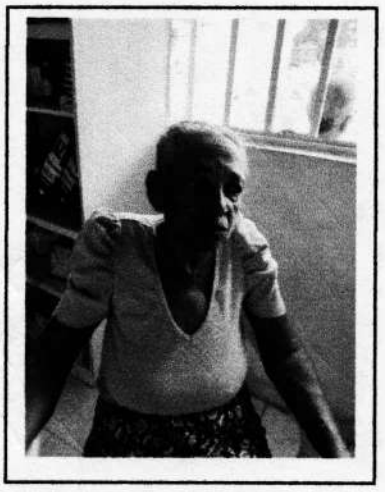
_____

_____

_____

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 61 de 62

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/07/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: HAZEL ELIZABETH QUINN BRITTON
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 23.248.729
9. SEXO: M__ F_X EDAD: 73 FECHA DE NACIMIENTO: 12/01/1951
10. PESO: 49 KL



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

SEGUNDA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 60 de 62

TERCERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES