LA SUSCRITA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción de LA FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER, identificado(a) con numero de Nit: **892.400.442-5** de San Andrés Islas, las actividades de acuerdo con lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicio **N° CO1.PCCNTR.6363944 CD-SDS-0466-2024.** Para efectos del pago correspondiente a un mes de servicio suministro la siguiente información:

Periodo Certificado	29 de julio de 2024 al 14 de agosto de 2024
Informe Número	Tres (03)
Plazo del Contrato	Seis (06) meses
VALOR A PAGAR	$98.686.798 M/CTE.
Observaciones	

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

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los 29 días del mes de agosto 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 2**

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 Julio del 2024	Hasta:	28 de Agosto del 2024

2. ACTIVIDADES EJECUTADAS		
Ítem	Objetivo / Entregable	Actividad
1	Entrega de tres raciones alimentarias a las 35 personas adultas mayores beneficiarias.	*Adjuntamos el listado de Adultos Mayores del mes de Agosto y los formatos de ración alimentaria de Doce mujeres (12) y Veinte (20) hombres para un total de Treinta y dos (32) Adultos Mayores en el presente informe Informamos la adulta mayor Candelaria Isabel Orozco de Rodelo estuvo en el hogar hasta el día 10 de Agosto y Falleció la adulta Mayor Kyrchman de Rodas Irvy, EL 17 de Agosto a sus 98 años.*
2	Elaborar un informe final del estado general en el que se encuentre cada uno de los adultos mayores.	*Presentamos el informe del estado general del adulto mayor, encontrados a la fecha de Julio 29 de 2024. Hasta el 28 de Agosto de 2024. El informe presenta el Estado General a nivel médico, nutricional y psicosocial por adulto mayor.*
3	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.	*En el mes de Julio fueron atendidos doce (12) adultos mayores, remitido uno en avión ambulancia a la ciudad de Bogotá y esperando la agenda para el mes de Agosto asignaron cita para seis (6) adultos mayores, uno de viaje al interior del país con sus familiares, pues no permiten asignar citas posteriormente sino al mes próximo y en los primeros dias del mismo.*
4	Elaborar un informe que dé cuenta de las actividades recreativas durante el mes.	*En éste periodo se llevaron a cabo actividades como: la ceda, la bienvenida, estiramiento articular y muscular, música de los 60, ejercicios de miembros inferiores y superiores, jornada de fumigación y evacuación, cine y poesía.*
5	Elaborar un informe que dé cuenta de la implementación del plan de acompañamiento psicosocial a 35 personas adultas mayores beneficiarias.	*En las actividades Psicológicas se presenta la actividad y la intervención psicológica como preguntas básicas de conocimiento, Consejería, plan de atención personalizada y las intervenciones grupales para trabajar la empatía, trabajo en grupo, y otras actividades. En las actividades Terapéuticas se presenta la actividad mediante una introducción, su objetivo, descripción de la actividad y la evidencia fotográficas para los diferentes adultos mayores. Estas actividades sirven para que el adulto mayor mantenga la movilidad, la fuerza muscular y el equilibrio junto con la coordinación de desplazamiento*
6	Elaborar informe financiero de la ejecución del contrato.	*Presentamos el informe financiero de las erogaciones aplicadas al presupuesto del proyecto CO1PCCNTR6363944 por valor de $704.905.706,00* *Adjuntamos los egresos su soporte y el cuadro general del presupuesto con los abonos de las trasferencias del contratante y los gastos aplicados de la entidad contratada.*

1. ANEXOS
SE ADJUNTAN LOS FOLIOS DE EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO INDICADO. EL REGISTRO PRESUPUESTAL RP- 2637 DE MAYO 29 DE 2024 – EL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL 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 29 de Agosto del 2024.

Contratista.

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

Jefe de oficina responsable

Nombre: JOHANA WILCHES DIMAS
Secretaria de Desarrollo Social

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 892400442	5	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	LA LOMA DIAGONAL IGLESIA SAN FRANCISCO	SAN ANDRES-SAN ANDRES	5126457	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-08	839088094	9471237337	E	2024/08/12	2024/08/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$11,049,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				17	$4,485,500	$0	$0	$4,485,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$1,499,500	$0	$0	$1,499,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$2,754,600	$0	$0	$2,754,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$231,400	$0	$0	$231,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$309,100	$0	$0	$309,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	18	$309,100	$0	$0	$309,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$1,139,300	$0	$0	$1,139,300
CAJASAI	CCF64	892,400,320	5	18	$1,139,300	$0	$0	$1,139,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				18	$3,691,100	$0	$0	$3,691,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$180,800	$0	$0	$180,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	12	$2,438,800	$0	$0	$2,438,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$376,700	$0	$0	$376,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$694,800	$0	$0	$694,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$854,800	$0	$0	$854,800
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	18	$854,800	$0	$0	$854,800
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$570,000	$0	$0	$570,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	18	$570,000	$0	$0	$570,000
TOTAL				18	$11,049,800	$0	$0	$11,049,800

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 892400442	5	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	LA LOMA DIAGONAL IGLESIA SAN FRANCISCO	SAN ANDRES-SAN ANDRES	5126457	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-08	839088094	9471237337	E	2024/08/12	2024/08/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$11,049,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (18 Afiliados)						$28,030,076	$4,485,500			$29,524,476	$3,691,100			$28,468,720	$1,139,300			$29,524,476	$309,100		$28,468,720	$1,424,800
Centro de Trabajo: NIVEL 2 (18 Afiliados)						$28,030,076	$4,485,500			$29,524,476	$3,691,100			$28,468,720	$1,139,300			$29,524,476	$309,100		$28,468,720	$1,424,800
Ciudad: SAN ANDRES Depto: SAN ANDRES (18 Afiliados)						$28,030,076	$4,485,500			$29,524,476	$3,691,100			$28,468,720	$1,139,300			$29,524,476	$309,100		$28,468,720	$1,424,800
1	CC	42366484	ARRIETA GOMEZ NANCY EDIT	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF64	30	$384,244	$15,400	14-23	30	$1,300,000	$13,000	30	$384,244	$15,400
2	CC	1123628149	BANQUEZ CORPUS JENNIFER JUSETY	25-14	30	$2,189,394	$350,400	EPS037	30	$2,189,394	$273,700	CCF64	30	$2,189,394	$87,600	14-23	30	$2,189,394	$22,900	30	$2,189,394	$109,500
3	CC	40993352	BARKER CAMENCIA YOLIMA YIDID	230301	30	$1,494,400	$239,100	EPS037	30	$1,494,400	$186,800	CCF64	30	$1,494,400	$59,800	14-23	30	$1,494,400	$15,700	30	$1,494,400	$74,800
4	CC	40987372	BENT JAY CARMELINDA	25-14	30	$1,482,250	$237,100	EPS041	30	$1,482,250	$185,300	CCF64	30	$1,482,250	$59,300	14-23	30	$1,482,250	$15,500	30	$1,482,250	$74,200
5	CC	18011428	BENT SMITH JOERGSEN WARREN	230301	30	$1,568,240	$251,000	EPS005	30	$1,568,240	$196,100	CCF64	30	$1,568,240	$62,800	14-23	30	$1,568,240	$16,400	30	$1,568,240	$78,500
6	CC	40987573	BENT ARCHBOLD LAURA DEBORAH	25-14	30	$1,530,850	$245,000	EPS041	30	$1,530,850	$191,400	CCF64	30	$1,530,850	$61,300	14-23	30	$1,530,850	$16,000	30	$1,530,850	$76,700
7	CC	40987914	BENT PEREZ LILIANA	25-14	30	$1,336,450	$213,900	EPS037	30	$1,336,450	$167,100	CCF64	30	$1,336,450	$53,500	14-23	30	$1,336,450	$14,000	30	$1,336,450	$66,900
8	CC	1043010651	CABALLERO GUETTE YERLIS ISABEL	230301	30	$2,589,190	$414,300	EPS005	30	$2,589,190	$323,700	CCF64	30	$2,589,190	$103,600	14-23	30	$2,589,190	$27,100	30	$2,589,190	$129,500
9	CC	73130123	ESCORCIA FUENTES ENRIQUE	230301	30	$1,745,000	$279,200	EPS037	30	$1,745,000	$218,200	CCF64	30	$1,745,000	$69,800	14-23	30	$1,745,000	$18,300	30	$1,745,000	$87,300
10	CC	39152303	HERNANDEZ SAAMS DEMIA	230301	30	$1,400,000	$224,000	EPS005	30	$1,400,000	$175,000	CCF64	30	$1,400,000	$56,000	14-23	30	$1,400,000	$14,700	30	$1,400,000	$70,000
11	CC	20586729	INTENCIPA SARMIENTO ELBA ELENA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF64	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$13,600	30	$1,300,000	$65,000
12	CC	32727436	MORRON CHARRIS ELSA ESTHER	230301	30	$1,567,300	$250,800	EPS037	30	$1,567,300	$196,000	CCF64	30	$1,567,300	$62,700	14-23	30	$1,567,300	$16,400	30	$1,567,300	$78,500
13	CC	1140822752	NARANJO WIESNER VICTORIA EUGENIA	230301	30	$2,950,352	$472,100	EPS037	30	$2,950,352	$368,800	CCF64	30	$2,950,352	$118,100	14-23	30	$2,950,352	$30,900	30	$2,950,352	$147,700
14	CC	40993304	NELSON ARCHBOLD ETSEL	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF64	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$13,600	30	$1,300,000	$65,000
15	CC	40987570	PATIÑO HOOKER ANA ELIZABETH	25-14	30	$1,530,850	$245,000	EPS037	30	$1,530,850	$191,400	CCF64	30	$1,530,850	$61,300	14-23	30	$1,530,850	$16,000	30	$1,530,850	$76,700
16	CC	1123620291	PUELLO GONZALEZ CINDY JOHANA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF64	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,300,000	$13,600	30	$1,160,000	$58,000
17	CC	39154121	PUELLO SANTOS MARTHA ISABEL		0	$0	$0	EPS037	30	$1,494,400	$186,800	CCF64	30	$1,494,400	$59,800	14-23	30	$1,494,400	$15,700	30	$1,494,400	$74,800
18	CC	34610479	VALENCIA QUINTERO ELIS ELENA	230201	30	$1,445,800	$231,400	EPS010	30	$1,445,800	$180,800	CCF64	30	$1,445,800	$57,900	14-23	30	$1,445,800	$15,100	30	$1,445,800	$72,400
Total			Afiliados(18)			$28,030,076	$4,485,500			$29,524,476	$3,691,100			$28,468,720	$1,139,300			$29,524,476	$309,100		$28,468,720	$1,424,800

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

UTC -5 9:26:46
FUNDACION HOGAR D...

Búsqueda | Mis procesos | Menu | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 **Información general**
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Resumen

blank

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.12867144
Número del contrato	CO1.PCCNTR.6363944
Versión del contrato	1
Objeto del contrato	Prestación de servicios profesionales y técnicos de atención integral de día y noche a 35 personas adultas 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.
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato	29/05/2024 9:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	28/11/2024 11:59:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	6 Meses
Tiempo adiciones en días	0 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	Sí No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	Sí No
Obligaciones Ambientales	Sí No
Obligaciones Pos Consumo	Sí No
Reversión	Sí No

Entidad Estatal

blank

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

COLOMBIA, San Andrés

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

blank

FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

COLOMBIA, San Andrés

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

blank

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta

FUNDACION HOGAR
DEL ANCIANO SAN
PEDRO CLAVER

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por:	*JAIME URIEL SANABRIA ARIAS*	***Fecha de aprobación:***	*24/05/2024 7:54:23 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por:	*Johana Geraldine Wilches Dimas*	***Fecha de aprobación:***	*24/05/2024 10:23:58 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_6363944_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_6363944_En ejecución

Información del objeto

blank

Tipo de proceso	Contratación directa.
Unidad de contratación	Secretaría de Desarrollo Social
Proceso de Contratación	Prestación de servicios profesionales y técnicos de atención integral de día y noche a 35 personas a
Título de la oferta	N/A

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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, Agosto 29 de 2024

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

Asunto: FACTURA DE VENTA FHA- 3

Saludo de Paz y Bien:

Adjunto A la presente la Factura FHA-3 por valor de $98.686.799 correspondiente a (1) UN mes de ejecución del valor del contrato CO1PCCNTR6363944. Como Desembolso 3, Según Acta de Inicio, de Mayo 29 de 2024. CDP 2607 – RP 2637 – de la Fundación hogar del anciano del 29 de julio al 28 de Agosto 2024.

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

+Jaime Uriel Sanabria A.
+Mons. JAIME URIEL SANABRIA ARIAS.
Obispo Vicariato Apostólico
Representante legal Fundación
Hogar del Anciano San Pedro Claver

Espacio para Logo Corporativo

FUNDACION HOGAR DEL ANCIA
NIT 892.400.442-0
BARRIO LA LOMA
Tel: (608) 5125125
San Andrés - Colombia
hemanweb63@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FHA 3

				Fecha y hora Factura	
Señores	GOBERNACION DEPARTAMENTAL ARCHIPIELAGO SAN ANDRES Y PROVIDENCIA			**Generación**	30/08/2024, 08:40
NIT	892.400.038-2	**Teléfono**	(608) 5126457 - Ext. 000	**Expedición**	30/08/2024, 08:40
Dirección	AV NEWBALL CORAL PALACE	**Ciudad**	San Andrés - Colombia	**Vencimiento**	30/08/2024

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Valor de Prestacion de servicios profesionales y tecnicos de atencion integral de dia y noche a 35 AM equivalentes a la ejecucion del contrato del 29 de julio al 28 de Agosto, como segundo mes de ejecucion y el Desembolso 3.	1.00	98,686,799.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Noventa y ocho millones seiscientos ochenta y seis mil setecientos noventa y nueve pesos m/cte

Total Bruto	98,686,799.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	98,686,799.00

Condiciones de Pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 98,686,799.00

Observaciones:
Desembolso 3 segun acta de inicio de mayo 29 de 2024. DCP-2607. RP-2637.

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764072800788 aprobado en 20240612 prefijo FHA desde el número 1 al 1000 Meses**
- Actividad Económica 8730 Actividades de atención en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas Tarifa
CUFE: b390796ff8c6f9603d994a411242f5373ec9a83e6f28d5ae5a79738121ea06fb8845734b7d7d2134911881ef2a98ba1b

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 28-02-2017	Código: FO-AP-GJ-38	
	ACTA DE INICIO CONTRATO	Versión: 0	Página: 2 de 2	

NUMERO DE POLIZA 75-44-101137710 anexo 0 75-40-101051677 anexo 0	**ASEGURADORA** Compañía SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE POLIZA** Resolución N° 003377 de 28 de mayo de 2024
NA	NA	NA

SUPERVISION	**DEPENDENCIA**	**NOMBRE DEL FUNCIONARIO**
	SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL	JOHANA WILCHES DIMAS

PLAZO DE EJECUCIÓN	**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD-CDP**	**REGISTRO PRESUPUESTAL**
SEIS (6) MESES	2607 de 15 de mayo de 2024	2637 de 29 de mayo de 2024

VALOR DEL CONTRATO (letras y números)	La suma de **SETECIENTOS CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL SETECIENTOS SEIS PESOS ($ 704.905.706,00) M/CTE.**

FORMA DE PAGO						
	ANTICIPO	**SI**		**NO**	**X**	**PORCENTAJE**
	PAGO ANTICIPADO	**SI**		**NO**	**X**	
	Saldo restante					
	LA GOBERNACIÓN realizará el pago del valor del contrato en **SEIS (6) desembolsos**; el **desembolso No. 1** correspondiente a un pago anticipado equivalente al *treinta por ciento* del valor total del contrato (30%) por valor de **DOSCIENTOS ONCE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL SETECIENTOS DOCE PESOS ($211.471.712) MCTE**, una vez cumplidos los requisitos de perfeccionamiento de contrato y previa suscripción de acta de inicio de actividades a desarrollar por parte de la Secretaría de Desarrollo Social del Departamento, y **CINCO (5) desembolsos más**, cada uno equivalente a UN (1) MES de ejecución de contrato y por un valor de **NOVENTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS ($98.686.798) MCTE**, previo recibido a satisfacción de las obligaciones pactadas en el contrato. El pago se realizará mes vencido previa certificación del Supervisor de la prestación del servicio, la realización de los pagos de seguridad social y las estampillas e impuestos a que haya lugar.					

OBSERVACIONES

FIRMAS

Contratista	**Jefe de oficina responsable**	**Funcionario de planta para apoyo de la supervisión**
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER REP. LEGAL Monseñor JAIME URIEL SANABRIA ARIAS	**JOHANA WILCHES DIMAS** Secretaria de Desarrollo Social	**JOHANA WILCHES DIMAS** Secretaria de Desarrollo Social

Proyectó: Guillermo Mendivil Herrera
Revisó: Dra. Johana Wilches Dimas
Ruta de contratación
Mayo 2024

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Certificado No. 2607
Fecha de Vencimiento 31/12/2024
Prórrogas 0
Vigencia Fiscal: 2.024 **Fecha de Expedición:** 15 may. 2024

Objeto: SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS DE ATENCION INTEGRAL DE DIA Y NOCHE A 35 PERSONAS ADULTAS MAYORES EN SITUACION DE ABANDONO, DESPROTECCION Y/O VULNERABILIDAD - CONTRT.DIRECTA
Solicitante: JOHANA WILCHES DIMAS -SEC.DESA.SOCIAL

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
Gastos-Inversión		
03 - 2.3.41.11.1 - 110	2020002880053 - APOYO A LA DOTACIÓN Y FUNCIÓNAMIENTO DE LOS CENTROS DE BIENESTAR DE ADULTO MAYOR EN SAN ANDRES Recurso Propio-Destinación Específica ESTAMPILLA PRO BIENESTAR ADULTO MAYOR	132.000.000,00
03 - 2.3.41.11.2 - 200	2020002880053 - APOYO A LA DOTACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE BIENESTAR DE ADULTO MAYOR EN SAN ANDRES Recurso Propio-Libre Destinación INGRESOS CORRIENTES - LIBRE DESTINACION	19.732.402,00
03 - 2.3.41.11.6 - 111	2020002880053 - APOYO A LA DOTACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE BIENESTAR DE ADULTO MAYOR EN SAN ANDRES Recurso Propio-Destinación Específica RB ESTAMPILLA PRO BIENESTAR ADULTO MAYOR	553.173.304,00
	TOTAL CERTIFICADO	704.905.706,00

ELKIN JOSE GRAU ROJANO
Profesional Especializado

Elaboró: JUANC

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. 2637

Vigencia: 2.024 **Fecha de Compromiso:** 29 de mayo de 2024

Beneficiario FUNDACION HOGAR EL ANCIANO **Nit:** 892400442 - 5

No. C.D.P. : 2607 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 15 de mayo de 2024 **Sin Formalidades Plenas**

Tipo de Compromiso CONTRATOS

Contrato: CO1.PCCNTR.6363944 **Fecha:**24/05/2024 **Vence:** 31/12/2024

Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS DE ATENCION INTEGRAL DE DIA Y NOCHE A 35 PERSONAS ADULTAS MAYORES EN SITUACION DE ABANDONO, DESPROTECCION Y/O VULNERABILIDAD.§BPIN:2020002880053§CCPET:2.3.2.02.02.008§CPC:81115§PROD:4104008§SECT:0§POLI:0§VALOR:176.226.427§BPIN:2020002880053§CCPET:2.3.2.02.02.008§CPC:81211§PROD:4104008§SECT:0§POLI:0§VALOR:176.226.427§BPIN:2020002880053§CCPET:2.3.2.02.02.008§CPC:81221§PROD:4104008§SECT:0§POLI:0§VALOR:176.226.426§BPIN:2020002880053§CCPET:2.3.2.02.02.008§CPC:83990§PROD:4104008§SECT:0§POLI:0§VALOR:176.226.426

Cto.Utilidad : SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL **Regional** NOMBRE DE LA REGION

Identificación Presupuestal	Concepto		Valor
Gastos-Inversión			
03 - 2.3.41.11.1 - 110	2020002880053 - APOYO A LA DOTACIÓN Y FUNCIÓNAMIENTO DE LOS CENTROS DE BIENESTAR DE ADULTO MAYOR EN SAN ANDRES Recurso Propio-Destinación Específica ESTAMPILLA PRO BIENESTAR ADULTO MAYOR		132.000.000,00
03 - 2.3.41.11.2 - 200	2020002880053 - APOYO A LA DOTACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE BIENESTAR DE ADULTO MAYOR EN SAN ANDRES Recurso Propio-Libre Destinación INGRESOS CORRIENTES - LIBRE DESTINACION		19.732.402,00
03 - 2.3.41.11.4 - 111	2020002880053 - APOYO A LA DOTACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE BIENESTAR DE ADULTO MAYOR EN SAN ANDRES Recurso Propio-Destinación Específica RB ESTAMPILLA PRO BIENESTAR ADULTO MAYOR		553.173.304,00
	Clasificadores		
	4104008-81115-0-0-0-0	176.226.427,00	
	4104008-83990-0-0-0-0	24.494.024,00	
	4104008-81221-0-0-0-0	176.226.426,00	
	4104008-81211-0-0-0-0	176.226.427,00	
		Total Compromisos	$704.905.706,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Mayo	$31.796.038,00
Junio	119.936.364,00
Julio	117.484.284,00
Agosto	117.484.284,00
Septiembre	117.484.284,00
Octubre	200.720.452,00
Noviembre	0,00
Diciembre	0,00
Valor Total Prog.	$704.905.706,00

Elaboró: AMAYA

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 3.

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, Agosto 29 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 3.

Paz y Bien;

Me permito remitirle el informe, sobre la ejecución del contrato CO1PCCNTR.6363944 como el DESEMBOLSO 3.
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 DESEMBOLSO 3. Del 29 de Julio de 2024 hasta el 28 de Agosto 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, Agosto 29 de 2024

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

Asunto: INFORME **DESEMBOLSO 3.** CO1PCCNTR6363944

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

Me permito adjuntar la documentación correspondiente al INFORME DESEMBOLSO 3 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 3:***
Equivalente a la Ejecución del contrato, del 29 de Julio hasta el 28 de Agosto 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 que dé cuenta de las actividades recreativas realizadas durante el mes con los respectivos soportes fotográficos y listados de asistencia.*
Un Informe que dé 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 listado de Adultos Mayores del mes de Agosto y el formato de ración alimentaria individual para el Adulto Mayor de la fundación Hogar del anciano San Pedro Claver. Diligenciados entre el 29 de Julio de 2024 hasta el 28 de Agosto 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.

Adjuntamos el listado de Adultos Mayores del mes de Agosto y los formatos de ración alimentaria de Doce mujeres (12) y Veinte (20) hombres para un total de Treinta y dos (32) Adultos Mayores en el presente informe. Informamos la adulta mayor Candelaria Isabel Orozco de Rodelo estuvo en el hogar hasta el día 10 de Agosto y Falleció la adulta Mayor Kyrchman de Rodas Irvy, EL 17 de Agosto a sus 98 años.

LISTA DE ADULTOS MAYORES AL MES DE AGOSTO DEL 2024

ITEM	NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NUMERO CEDULA	FECHA DE EXPEDICION	DXS
1	ARCHBOLD CARLOS ANTONIO	MASCULINO	26/01/1950	74	15241566	17/01/1976	HTA
2	BARRIENTOS LUIS ALFONSO	MASCULINO	14/12/1941	82	6555759	16/09/1964	HTA-DIABETES
3	BOWIE BRANDT DINA	FEMENINO	3/02/1957	67	40993760	18/09/2002	HTA. CEGUERA, HIPOACUSIA
4	BRITTON FORBES LINO HERNANDO	MASCULINO	20/05/1951	72	15240738	24/07/1973	HTA, HIPERPLASIA PROSTATICA
5	CARDONA DAWKINS JOSE MANUEL	MASCULINO	13/10/1950	72	15240383	4/05/1972	PARKINSON.
6	CORTINA TORRES AZAEL	MASCULINO	17/04/1939	85	862428	25/08/1960	GLAUCOMA
7	CORREA LOPEZ JOSE HERNANDO	MASCULINO	24/09/1938	84	3559754	19/12/1961	HTA, GLAUCOMA, ACV
8	DIAZ ANA LUISA	FEMENINO	24/12/1932	90	20096628	30/12/1959	FACTURA DE CADERA
9	HERNANDEZ LUNA ARGEMIRO JOSE	MASCULINO	9/06/1961	63	73092471	24/09/1979	HTA, DEMENCIA, EPILEPSIA
10	DELGADO DELGADO ALVARO BOSCO	MASCULINO	10/10/1948	74	10057387	6/03/1967	DIABETES, HIPOACUSIA
11	ESCOBAR BERNAL ANTONIO ALBERTO	MASCULINO	2/08/1938	84	2920431	24/05/1960	EPOC
12	GOMEZ PEREZ JAIRO	MASCULINO	13/06/1965	57	9286420	15/05/1985	HTA,
13	HERNANDEZ LOTERO ALVARO	MASCULINO	17/08/1942	79	4611000	16/02/1965	HTA, DIABETES
14	HUMPHRYES MANUEL BERNARDO	MASCULINO	11/11/1941	81	17048440	28/11/1982	HTA, DIABETES
15	LEAL NARVAEZ GREGORIO ALFONSO	MASCULINO	19/07/1939	83	3789570	2/02/1961	HTA, DAÑO RENAL
16	MITCHELL POMARE NELDA MAE	FEMENINO	8/05/1931	91	23246014	20/12/1956	HTA. TRASTORNO DEL SUEÑO
17	MONSALVE MONSALVE LUIS CARLOS	MASCULINO	27/11/1944	78	8385252	20/12/1965	CATARATAS, GLAUCOMAS
18	NEGRETE GONZALEZ SILVIA	FEMENINO	11/08/1940	82	28006203	26/07/1965	HTA, DEMENCIA, FRACTURAS ROD.
19	NEWBALL RODOLF	MASCULINO	1/12/1940	82	4033352	18/12/1961	HTA
20	NEWBALL HUDGSON DELFINA CECILIA	FEMENINO	12/01/1934	90	23246699	18/12/1961	HTA, ANEMIA
21	NOVOA VELANDIA JOSE JOAQUIN	MASCULINO	16/10/1941	81	6084732	5/12/1962	HTA, DIABETES
22	OROZCO DE RODELO CANDELARIA ISABEL	FEMENINO	28/03/1935	89	22297866	16/06/1961	DEMENCIA SENIL
23	PAJARO CAMPO JOSE CONCEPCIÓN	MASCULINO	8/12/1945	76	9088849	16/09/1970	DHTA, DIABETES TIPO II
24	PINEDA DIAZ ADOLFO	MASCULINO	22/02/1945	79	15240696	22/05/1973	DHTA, DIABETES TIPO II
25	PULIDO ONOFRE	MASCULINO	27/03/1946	77	17143359	27/05/1946	HTA
26	QUINN BRITTON HAZEL ELIZABETH	FEMENINO	12/01/1951	73	23248729	22/12/1977	DEMENSIA SENIL
27	KYRCHMAN DE RODAS (SISI) IRVY	FEMENINO	14/04/1926	98	23245110	5/11/1958	DIABETES, DEMENSIA SENIL, DEP.
28	SUAREZ TORRES EDUARDO ENRIQUE	MASCULINO	31/12/1939	83	10790549	18/12/1961	HTA, ANEMIA
29	TAYLOR BRYAN SHEILA LAURA	FEMENINO	30/04/1952	72	39150540	27/08/1973	TROMBOSIS, HTA, DIAV
30	TAYLOR FLOREZ RUBY ALBA	FEMENINO	5/12/1934	88	29208822	6/03/1959	ALZAHIMER
31	WELCOME LAMBSON ELBA TERESA	FEMENINO	14/09/1945	77	23247590	2/01/1970	DHTA, DIABETES TIPO II
32	ZAMORA BERNAL MERCEDES DEL CARMEN	FEMENINO	17/02/1930	94	20201096	17/10/1961	PARKINSON, C.A PIEL
	20 HOMBRES	12 MUJERES.					

Correo electrónico: hogarsanpedroclaver31@gmail.com celular: 3204703520

	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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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) :

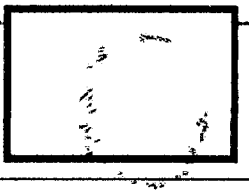


SEGUNDA SEMANA

	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 64

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	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 3 de 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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 64

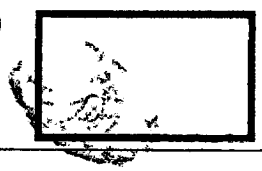
TERCERA SEMANA

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)



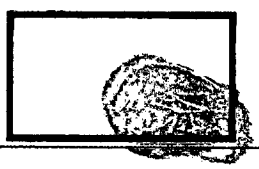
QUINTA SEMANA

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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 64

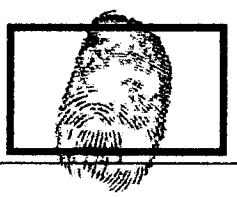
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

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)

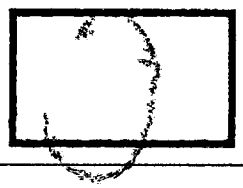


CUARTA SEMANA

	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)

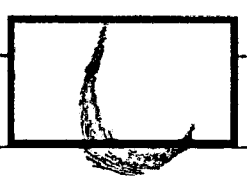


QUINTA SEMANA

	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 7 de 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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 64

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)



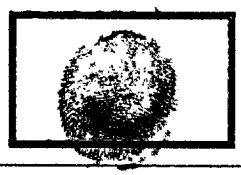
CUARTA SEMANA

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)



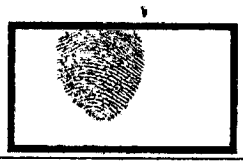
QUINTA SEMANA

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 9 de 64

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/08/2024
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 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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

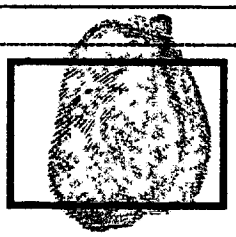
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

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

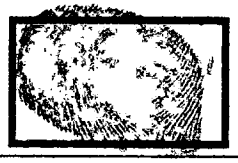
TERCERA SEMANA

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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 64

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

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 17 de 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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 64

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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) :

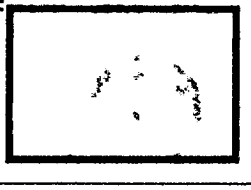


SEGUNDA SEMANA

	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

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)



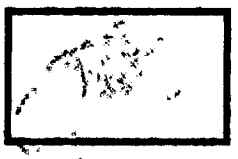
CUARTA SEMANA

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)



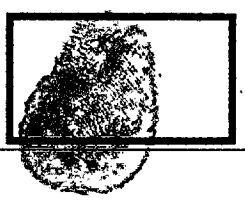
QUINTA SEMANA

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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 64

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)



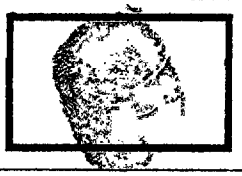
CUARTA SEMANA

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

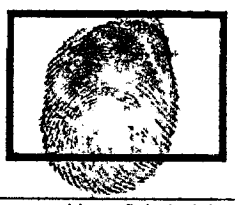
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

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) :

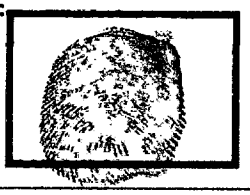


SEGUNDA SEMANA

	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

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

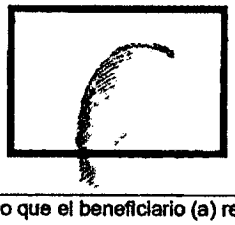
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

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 64

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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 64

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 31 de 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

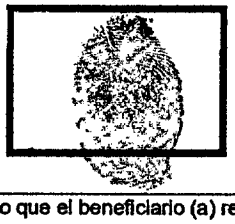
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

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) :

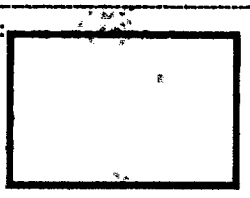


SEGUNDA SEMANA

	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

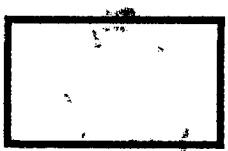
TERCERA SEMANA

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 ANCIAÑO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 33 de 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

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)



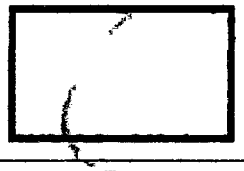
CUARTA SEMANA

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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) :

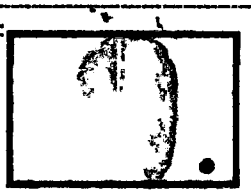


SEGUNDA SEMANA

	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

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 37 de 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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 64

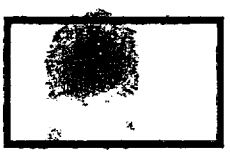
TERCERA SEMANA

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

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)



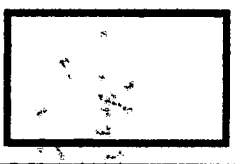
CUARTA SEMANA

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

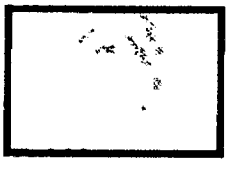
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

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 64

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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				
REFRIGERIO MAÑANA	X	X	X				
ALMUERZO	X	X	X				
REFRIGERIO TARDE	X	X	X				
CENA	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	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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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 64

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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 64

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 49 de 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

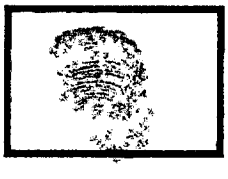
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

	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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

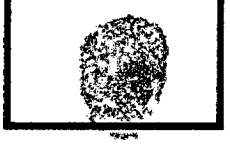
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

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) :

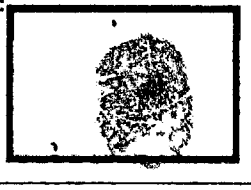


SEGUNDA SEMANA

	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

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 57 de 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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 58 de 64

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)



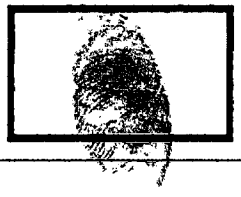
CUARTA SEMANA

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)



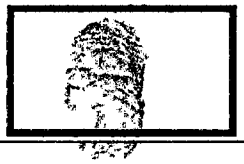
QUINTA SEMANA

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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) :

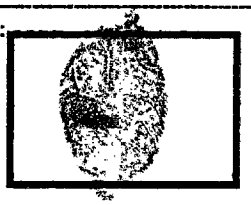


SEGUNDA SEMANA

	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

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 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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

	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 62 de 64

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 63 de 64

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/08/2024
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: SHEILA LAURA TAYLOR BRYAN
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 39.150.540
9. SEXO: M__ F X EDAD: 72 FECHA DE NACIMIENTO: 30/04/1952
10. PESO: 64 KL
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 64 de 64

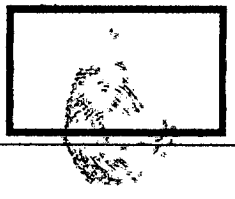
TERCERA SEMANA

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

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

OBLIGACION	***ENTREGABLE***
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.*

INFORME DEL ESTADO GENERAL DEL ADULTO MAYOR:

Presentamos el informe del estado general del adulto mayor, encontrados a la fecha de Julio 29 de 2024. Hasta el 28 de Agosto de 2024. El informe presenta el Estado General a nivel médico, nutricional y psicosocial por adulto mayor.

Encontramos 32 adultos mayores, Representados en Sala de hombres veinte (20) hombres y en Sala de Mujeres Doce (12) mujeres, dentro de cada información se encuentra:

- Tipología del paciente
- Identificación del paciente
- Edad del paciente
- Régimen
- Diagnostico
- Valoración
- Acciones de salud
- Tiempo de control
- Recomendaciones y signos de alarma

Los adultos mayores de la fundación hogar del anciano cuentan con la nueva eps para su valoración médica en su mayoría, atendidos en el hospital o en los centros de salud, loma y San Luis.

FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Código: FFIO01 Fecha:01/03/21 Version:001

INFORME DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

PERIODO: JULIO 29 AL 29 AGOSTO 2024.

SALA DE HOMBRES



PACIENTE C.A.A.H CON NÚMERO DE CEDULA 15241566 DE 73 AÑOS, DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO
DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE:
Amputación De Miembro Inferior Izquierdo, Hipertensión Incontinencia Urinaria.

- paciente valorado el 26 junio del 2024, paciente estable de sus patologías solicita laboratorios de control y reformulan medicación de base y realizan orden de pañales, requiere control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- Se solicita autorización de visita domiciliaria el día 29 de julio del 2024 en la nueva eps
- El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball
- 27 de agosto del año 2024 se recoge la segunda entrega de pañales en la farmacia de Cafam.



PACIENTE E.E.S.T CON NÚMERO DE CEDULA 10790549 DE 83 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO.
Diagnostico del Paciente:
Hipertension Arterial+ Incontinencia Urinaria

- paciente valorado el dia 26 junio 2024 en el momento se encuentra en buenas condiciones generales , se realiza reformulacion de medicamento de base y realizan orden de pañales , requiere de medicina general domiciliaria 3 meses.
- Se solicita autorización de visita domiciliaria el día 29 de julio del 2024 en la nueva eps
- El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball
- 27 de agosto del año 2024 se recoge la segunda entrega de pañales en la farmacia de Cafam.



PACIENTE R.N. CON NUMERO DE CEDULA 4033352 DE 83 AÑOS DE SEXO MASCULINO, SANITAS CONTRIBUTIVO.
Diagnóstico Del Paciente:
Dislipidemia, hta, vértigo, dermatitis pseborreica, obesidad mórbida.

- Paciente quien se encuentra en el hogar de san pedro clavel se visita y se valora. en el momento consulta para reformulación de medicamentos de base, además para ser enviado a control por psiquiatría ya que paciente viene presentando alteraciones de realidades acompañado con alucinaciones porque también consulta.



PACIENTE A.P.D. CON NÚMERO DE CEDULA 15.240.696 DE 79 AÑOS, DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO

Diagnóstico del paciente

Hipertensión + Diabetes Mellitus 2 + Amputación Infra condílea Miembro Inferior Izquierda.

- Paciente valorado el día 26 junio del 2024 en el hogar san pedro Claver en la atención se encuentra en aceptables condiciones generales, se le ordena laboratorios de control y ecografía renal, lectura con medicina general dentro de 3 meses con el control medico
- Se le solicita Valoración por oftalmología a la espera de agenda.
- Se solicita autorización de visita domiciliaria el día 29 de julio del 2024 en la nueva eps
- El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball
- 27 de agosto del año 2024 se recoge la segunda entrega de pañales en la farmacia de Cafam.



PACIENTE J.H.C.L CON NÚMERO DE CEDULA 3.559.75 DE 84 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO.

Diagnóstico Del paciente

Acv, Incontinencia, Glaucoma, prótesis de cuello de fémur

- paciente valorado el día 26 junio del 2024 refiere visión borrosa y miodesopsias en ojo izquierdo se solicita valoración por oftalmología y se realiza reformulación de medicamentos y se ordena pañales, se indica cita de control dentro de 3 meses con medicina general domiciliaria.
- El día 12 de julio sufre una caída a la altura de su propia altura, se realiza llamado al crue y es trasladado al hospital, se evidencia fractura de cuello de fémur indican cirugía.
- Es remitido el día 17 de julio a la ciudad de Bogotá a la clínica nueva al lago donde le realizan cirugía y Regresa con éxito.
- El día 20 de agosto viaja el señor cardona en compañía de enfermera para la ciudad de Bogotá a control de ortopedia.
- Regresa al hogar san pedro Claver el día 22 de agosto en buenas condiciones, le ordenaron suspender todos los antihipertensivos y control con neurología.
- El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball
- 27 de agosto del año 2024 se recoge la segunda entrega de pañales en la farmacia de Cafam.



PACIENTE B.H.M. CON NUMERO DE CEDULA 17.048.440. DE 81 AÑOS DE SEXO MASCULINO, SANITAS CONTRIBUTIVO.

Diagnóstico

Diabetes Mellitus Ii, Hipertensión Arterial, Enfermedad Vascular Periférico No Especificada portador De Marcapasos Bicameral Attesta Dr. Mri De Medtronic.

- Paciente valorado por el doctor Rafael Ricardo Pitre por cirugía vascular el día 21 de abril del 2023. adulto quien acude en consulta presencial especializada Reporte con enfermedad arterial obstructiva crónica bilateral que compromete a ambas piernas. Le dan recomendaciones. Control en un mes por cirugía vascular.
- El día 8 de julio es llevado de urgencia por presentar vómitos y diarrea acompañado de la hija quien indica que le ordenan medicamentos por razón necesaria lo diagnosticaron como virus.
- El día 12 de julio le toman laboratorios para cirugía programada por urología
- El día 14 de julio es llevado en horas de la mañana en compañía del familiar para el procedimiento de ureterostomia, pero en horas de la tarde regresa con la noticia que no le pueden realizar el procedimiento en san Andrés islas por el marcapaso que tiene ya que no se cuenta con esa especialidad en el momento, quedo pendiente de remisión con autorización nos indica la familiar quien esta realizando todo el proceso de la cirugía.
- El día 4 agosto del 2024 familiar indica tener cita por oftalmología, el familiar notifica que no le realizaron el procedimiento en los ojos por tener una infección, indicaron tratamiento por 10 días en la cual se cumple y se notifica al familiar, a la espera del paso a seguir con el señor bernardo.



PACIENTE G.A.L.N CON NÚMERO DE CEDULA 3789570 DE 83 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO.

Diagnóstico Del paciente

Hta+ Erc Estadio 4

- Valorado por medicina general domiciliaria el día 26 junio 2024 y se encuentra en el momento en condiciones generales aceptables los rangos de signos vitales en rangos de normalidad, se reformula medicamentos y se ordena pañales cita control con medicina general domiciliaria dentro de 3 meses.
- Es autorizado las terapias físicas por eps 2 veces por semana.
- El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball
- 27 de agosto del año 2024 se recoge la segunda entrega de pañales en la farmacia de Cafam.

	**PACIENTE J.H.C.L CON NÚMERO DE CEDULA 3.559.754 DE 84 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO** **Diagnóstico Del paciente** ***Acv, Incontinencia, Glaucoma.*** • Paciente valorado el 26 de junio del 2024 por medicina general domiciliaria se encuentra en el momento en condiciones generales aceptables los rangos de signos vitales camina con ayuda del caminador, tolerando vía oral, oxigeno ambiente. Sé decide hacer formula de medicamentos de base hacer laboratorios rutinarios de control, se reformula medicamentos y se ordena pañales cita control con medicina general domiciliaria dentro de 3 meses. • El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball • 27 de agosto del año 2024 se recoge la segunda entrega de pañales en la farmacia de Cafam
	**PACIENTE J.G.P. CON NUMERO DE CEDULA 9286420 DE 57 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO** **Diagnóstico del paciente** ***HIPERTENSION, ATAXIA. Incontinencia Urinaria*** • paciente valorado el día 26 de junio 2024 por medicina general domiciliaria quien se encuentra en condiciones generales estable niega otra sintomatología se encuentra en buenas condiciones signos vitales dentro de la normalidad. • El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball • 27 de agosto del año 2024 se recoge la segunda entrega de pañales en la farmacia de Cafam
	**PACIENTE L.C.M.M.CON NUMERO DE CEDULA 8385252 DE 79 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO** **Diagnostico del paciente** ***DISCAPACIDAD VISUAL, GASTRITIS, DERMATITIS ATOPICA.*** • Paciente valorado el día 24 de junio del 2024 Acude a consulta niega sintomatología activa, refiere que se encuentra en buenas condiciones generales, por lo tanto, se realiza conciliación medicamentosa y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses. • El día 2 de julio del 2024 asiste al hospital para un examen con la especialidad de urología • El día 17 de julio del 2024 cumple cita con anestesiología en lynd en compañía de la señora maría. • El 24 de julio cumple cita médica en compañía de la señora maría • El 29 de julio indican tratamiento y se le inicia como indico el acompañante.



PACIENTE A.C. T CON NUMERO DE CEDULA 862428.DE 83 AÑOS, DE SEXO MASCULINO, AFILIADO A NUEVA EPS CONTRIBUTIVO.
Diagnostico del paciente
Glaucoma.

- Paciente valorado por el doctor Diego Santana, el día 29 junio del 2024. Al momento de la consulta se observa paciente en buen estado general. Tolerando vía oral, oxígeno ambiente. se dan recomendaciones y signos de alarma se reformula medicamentos y cita control dentro de 3 meses.
- Asiste a cita médica el día 12 julio del 2024 por referir sentir indispuesto, la medico en turno Kimberly reales diagnostica gripe
- Se cumple tratamiento de antibiótico por 3 días.



PACIENTE CON NUMERO DE CEDULA 862428.DE 83 AÑOS, DE SEXO MASCULINO, AFILIADO A NUEVA EPS CONTRIBUTIVO.
Diagnóstico del paciente
Demencia vascular, epilepsia, hipertensión.

- paciente valorado el 26 junio del 2024, paciente estable de sus patologías solicita laboratorios de control y reformulan medicación de base y realizan orden de pañales, requiere control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball
- 27 de agosto del año 2024 se recoge la segunda entrega de pañales en la farmacia de Cafam.

SALA DE MUJERES



PACIENTE D.B.B CON NÚMERO DE CEDULA 40993760 DE 67 AÑOS DE SEXO FEMENINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO
Diagnóstico de la paciente
Hta, trastorno de ansiedad, ceguera bilateral, sordomuda.

- paciente valorado el día 26 de junio 2024 por medicina general domiciliaria quien se encuentra en condiciones generales estable, se encuentra en buenas condiciones signos vitales dentro de la normalidad.
- Se realiza reformulación de medicamentos, laboratorios de control, control de medicina general domiciliaria dentro de 3 meses.
- El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball.
- Se esta implementando con la paciente terapias física en el hogar san pedro Claver, por parte de fisioterapia del hogar, con el fin de disminuir el sedentarismo de la paciente.



PACIENTE N.M.M.P CON NÚMERO DE CEDULA 23246014 DE 93 AÑOS DE SEXO FEMENINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO
Diagnóstico de la paciente

Hta, demencia senil, estreñimiento, incontinencia urinaria.

- paciente valorado el 26 junio del 2024, paciente estable de sus patologías solicita laboratorios de control y reformulan medicación de base y realizan orden de pañales, requiere control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball
- 27 de agosto del año 2024 se recoge la segunda entrega de pañales en la farmacia de Cafam.



PACIENTE C.O.D.R. CON NÚMERO DE CEDULA 22297866DE 89 AÑOS DE SEXO FEMENINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO
Diagnóstico de la paciente
Incontinencia urinaria, Hta, movilidad reducida y ulceras crónicas en piel.

- paciente valorado el día 26 de junio 2024 por medicina general domiciliaria quien se encuentra en condiciones generales estable,
- se observa ulcera en zona sacra de 4 cm de profundidad, fondo limpio sin signos de infección local, ulcera en cadera derecha con bordes eritematosos, con tejido de granulación recibe curación por parte Se realiza reformulación de medicamentos, laboratorios de control, control de medicina general domiciliaria dentro de 3 meses
- Dia 26 de julio es remitida al hospital por presentar falta de apetito y glucometrías elevadas se le informa al familiar para que este pendiente de la llegada de la señora candelaria.
- Recibo llamado telefónica de la nieta Angelica el día 06 de agosto del 2024 informando que a la señora candelaria se le había dado salida por parte del hospital, y me hace saber las recomendaciones clínicas que necesita la señora candelaria, el hogar san pedro claver no cuenta con todos los requisitos que requiere la señora candelaria por lo tanto se le hace saber a Monseñor y que sea el quien se reúna con los familiares y hablar sobre la situación de la señora candelaria.
- El día 8 de agosto del 2024 Monseñor solicita reunión con la encargada del hogar y familiar y se toma decisión del cuidado de la señora candelaria, y se llega a la conclusión que el hogar no cuenta con todos los requisitos clínicos que requiere la señora candelaria los familiares aceptan y entienden, los familiares se hacen cargo de la señora hasta la fecha.



PACIENTE H.E.Q.B CON NÚMERO DE CEDULA 23248729 DE 73 AÑOS DE SEXO FEMENINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO.
Diagnóstico de la paciente
Hta

- Paciente ingresa el día 23 de julio del 2024 en compañía de su hija quien nos indica que tiene pendiente valoración por neurología, y a la espera de Rte. de tac de cráneo.
- Paciente que se encuentra en buenas condiciones física.
- Durante la estancia la señora hassel se encuentra muy inquieta y ansiosa por lo tanto se está manejando con psicología todo lo relacionado a su estado emocional, familiar tiene conocimiento de los cambios de comportamientos y actitudes que ha tenido durante la estancia en el hogar.



PACIENTE I.K.D.R CON NÚMERO DE CEDULA 23245110 DE 98 AÑOS DE SEXO FEMENINO, ECOPETROL.
Diagnóstico de la paciente

Menarquia, Histerectomía Por Miomatosis

- Paciente recibe atención medica el día 17 de julio del 2024 quien diagnostica rigidez extrapiramidal por combinación de medicamentos sertralina y quetiapina, indica quetiapina de 25 mg noche.
- Paciente dentro de los parámetros normales, familiares atentos a su evolución clínica.
- El día 16 de agosto la señora irvy presento dificultad respiratoria por lo tanto se le hace llamado al fisioterapeuta del hogar y nos indica nebulización y vigilar si se evidencia mejoría, pasando el día en hora de la tarde presento nuevamente dificultad respiratoria y se hace llamado al crue y se traslada al hospital en compañía de enfermera particular de la señora.
- El día 17 de agosto notifican en horas del mediodía que la señora había fallecido.



PACIENTE R.T.F.CON NÚMERO DE CEDULA 29208822 DE 89 AÑOS DE SEXO FEMENINO, NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Diagnóstico de la paciente

DM2, DEMENCIA SENIL, INCONTINENCIA URINARIA

- Paciente fue valorada el día 26 de junio 2024 por medicina general domiciliaria se realiza reformulación de medicamentos y pañales, indican laboratorios de control, se le indican signos de alarma, cita control dentro de 3 meses por medicina general domiciliaria.
- El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball
- 27 de agosto del año 2024 se recoge la segunda entrega de pañales en la farmacia de Cafam.

	**PACIENTE E.T.W.L CON NÚMERO DE CEDULA 23247590 DE 78 AÑOS DE SEXO FEMENINO, E.P.S SANITAS** **Diagnóstico del paciente** ***DEMENCIA SENIL, DM2, ERC E3*** • Paciente valorada por la doctora leiby herrera, el día 03 de marzo del 2024.El día de la atención medica la doctora observa hemo dinámicamente estable, afebril, hidratada, orientada, paciente. Se dan recomendaciones y signos de alarma Control • Dentro de las acciones en salud gestionadas. Se administra medicamentos, dando un resultado positivo.
	**PACIENTE S.N.G. CON NÚMERO DE CEDULA 28006203 DE 83 AÑOS DE SEXO FEMENINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO** **Diagnóstico del paciente** ***Hta, Alzheimer, trombosis venosa profunda MII, incontinencia urinaria y fecal*** • Paciente valorada el día 29 junio del 2024, se encuentra hemodinamicamente estable se revisa laboratorios de control y se encuentra dentro de los parámetros normales. • Se realiza reformulación de medicamento y de pañal se indica cita control por medicina general domiciliaria dentro de 3 meses. • El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball. • El día 9 julio asiste a Doppler de miembros inferiores izquierdo y derecho • Se está implementando con la paciente terapias física en el hogar san pedro Claver, por parte de fisioterapia del hogar, con el fin de disminuir el sedentarismo de la paciente.
	**PACIENTE A.L.D.CON NÚMERO DE CEDULA 20096628 DE 91 AÑOS DE SEXO FEMENINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO** **Diagnóstico de la paciente** ***Hta, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Fractura Su trocantérica Derecha Hace 1 Año.*** • Paciente valorada el día 29 junio del 2024, se encuentra hemodinamicamente estable se revisa laboratorios de control y se encuentra dentro de los parámetros normales. • Se realiza reformulación de medicamento y de pañal se indica cita control por medicina general domiciliaria dentro de 3 meses. • El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball.
	**PACIENTE M.D.C.Z.B CON NÚMERO DE CEDULA 20201096 DE 94 AÑOS DE SEXO FEMENINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO** **Diagnóstico de la paciente** ***Hta, Incontinencia Urinaria Y Fecal Y Demencia.*** • Paciente valorada el día 26 junio del 2024, se encuentra hemo dinámicamente estable se revisa laboratorios de control y se encuentra dentro de los parámetros normales. • El día 2 julio 2024 fue atendida por la Dra stacy Archibald Corpus por cuadro viral de gripe y malestar general se realiza formulación de medicamento y cuidados a seguir. • Se realiza reformulación de medicamento y de pañal se indica cita control por medicina general domiciliaria dentro de 3 meses.



PACIENTE D.N.H CON NÚMERO DE CEDULA 23246699 DE 90 AÑOS DE SEXO FEMENINO, NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Diagnóstico de la paciente
Hta, Insuficiencia Vascular Periférico, Osteoporosis Requiere caminador.

- Paciente valorada el día 22 julio del 2024, se encuentra hemo dinámicamente estable se revisa y manifiesta que tener mareo se le ordena laboratorios de control se le indica signos de alarma y cuidados del familiar.
- El día 21 de agosto asiste a cita con el sobrino a consulta médica general, nos comunica el tratamiento a seguir con la señora en mención.



PACIENTE SH.L.T. B CON NÚMERO DE CEDULA 39150540DE 71 AÑOS DE SEXO FEMENINO SANITAS.
Diagnóstico de la paciente
hta, Dm2, dislipidemia, masa en cuello manejo en barranquilla, acv isquémico 09-03-24.

- Paciente que ingresa al hogar san pedro claver el día 5 de agosto del 2024 en compañía de las hermanas.
- El mismo día nos presenta los antecedentes de la señora en mención, con ella es un caso muy delicado ya que ha presentado 4 isquemia
- En la valoración observamos que está en tiempo real y día, es coherente a todas las repuesta, muy sociable, cariñosa y sobre todo se siente muy feliz de estar con nosotros en el hogar san pedro claver.
- Dia 21 de agosto del 2024 las hermanas la recogen para llevarla a cita medica y regresan con tratamientos a cumplir.

PLANTA BAJA



PACIENTE A. A. E.B CON NUMERO DE CEDULA 292043 DE 84 AÑOS DE SEXO MASCULINO NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Diagnóstico del paciente
Gastritis Crónica Superficial+ Cataratas Superficial

- Paciente en tele consulta control crónicos p y p refiere sentirse bien con su tratamiento normal, deambulación según sus propias palabras no insomnio, no violencia intrafamiliar. Se dan recomendaciones.
- Control dentro de 3 meses por medicina general
- El señor nos informa que se va de viaje a visitar a familiares el día 18 de agosto. A la fecha esperamos pronto regreso.

	**PACIENTE A. A. E.B CON NUMERO DE CEDULA 292043 DE 84 AÑOS DE SEXO MASCULINO NUEVA EPS CONTRIBUTIVO** **Diagnostico del paciente** ***Gastritis Crónica Superficial+ Cataratas Superficial*** • Paciente valorada el día 29 junio del 2024, se encuentra hemo dinámicamente estable se revisa laboratorios de control y se encuentra dentro de los parámetros normales. • Se realiza reformulación de medicamento y de pañal se indica cita control por medicina general domiciliaria dentro de 3 meses. • El día 14 de agosto del año 2024 se entrega la autorización de la visita domiciliaria al hospital clarence Newball. • El día 9 julio asiste a Doppler de miembros inferiores izquierdo y derecho • Se está implementando con la paciente terapias física en el hogar san pedro Claver, por parte de fisioterapia del hogar, con el fin de disminuir el sedentarismo de la paciente.
	**PACIENTE A.H.L CON NÚMERO DE CEDULA 4611000 DE 81 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS COTIZANTE** **Diagnóstico del paciente** ***HTA Y DM2*** • Paciente que no refieres malestar, se le toma signos vitales y se encuentran dentro de los parámetros normales se le indica laboratorios de control y reformulación de medicamentos • Cita control dentro de 3 meses • Se le hace reclamo de medicamento el día 27 de agosto en la droguería Cafam.
	**PACIENTE L.H.B.F CON NÚMERO DE CEDULA 15240738 DE 73 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO** **Diagnóstico del paciente** **Hta, Estrechez Uretral Portador De Sonda Suprapúbica, Incontinencia Fecal.** • Paciente valorado el día 26 de junio del 2024 se revisa laboratorios de control del día 19 de junio 2024 y se evidencia uroanálisis y urocultivo con hematuria microscópica, urocultivo sugiere contaminación • Buenas condiciones generales, se ordena nueva valoración por urología y reformulo medicamentos, insumos para cambio de sonda y pañales • Control dentro de 3 meses con reporte de laboratorios • Se le realiza cambio de sonda Foley y cystoflo cada 15 días

	**PACIENTE J.CP.C CON NUMERO DE CEDULA 9068849 DE 78 AÑOS DE SEXO MASCULINO NUEVA EPS SUBSIDIADO** **Diagnóstico del paciente** ***HTA, DM2, HIPERPLASIA PROTASTICA BENIGNA*** • Paciente que recibe atención medica el 29 de junio del 2024 quien ingresa asintomático cardiovascular, se le realiza reformulación de medicamento, valoración por ortopedia por manifestar molestia en hombro derecho y se le indica rx de hombro Control con medicina general dentro de 3 meses
	**PACIENTE L.A.B CON NÚMERO DE CEDULA 6555759 DE 82 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO** **Diagnóstico HTA, DM2.** • Se realiza valoracion paciente en aceptable estado general sin signos de dificultad respiratoria, signos vitales en rangos de normalidad , se realiza formulacion de medicamentos y pañales por 3 meses • Control dentro de 3 meses. • Pendiente cita con oftalmologia en el edificio aniro a la espera de agenda.
	**PACIENTE J.J.N. V CON NÚMERO DE CEDULA 6084732.PACIENTE DE 81 AÑOS DE SEXO MASCULINO. NUEVA EP SUBSIDIADO** **Diagnóstico del paciente** ***Hiperplasia Prostática, Diabetes Mellitus.*** • Paciente que asiste a sus consultas por sus propios medios y quien nos notifica cambios y citas próximas a tener maneja signos vitales dentro de los parámetros normales, maneja buen comportamiento nos comunica que tiene control médico Se dan recomendaciones y control en 3 meses por medicina general.
	**PACIENTE O.P CON NÚMERO DE CEDULA 17143359 DE 78 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO** **Diagnóstico del paciente** ***hta.*** • Paciente valorado por el doctor Diego Santana, el día 29 junio del 2024. Al momento de la consulta se observa paciente en buen estado general. Tolerando vía oral, oxígeno ambiente. se dan recomendaciones y signos de alarma se reformula medicamentos y cita control dentro de 3 meses. • Asiste a cita médica el día 12 julio del 2024 por referir sentir indispuesto, la medico en turno Kimberly reales diagnostica gripe • Se cumple tratamiento de antibiótico por 3 días.

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

OBLIGACION	***ENTREGABLE***
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 que dé cuenta de las acciones en salud gestionadas durante el mes en beneficio de los adultos mayores y los resultados obtenidos.*

CRONOGRAMA EN ATENCION EN SALUD 2024:

Presentamos el cronograma en atención en salud que contiene el nombre del Adulto Mayor, especialidad, la fecha de la cita previa, la hora de la cita y el lugar donde lo atenderán.

Caber anotar que la atención mensual no cubre a todos los adultos mayores, por lo cual este cronograma está ajustado a la disponibilidad de la eps y a la agenda de la misma.

En el mes de Julio fueron atendidos doce (12) adultos mayores, remitido uno en avión ambulancia a la ciudad de Bogotá y esperando la agenda para el mes de Agosto asignaron cita para seis (6) adultos mayores, uno de viaje al interior del país con sus familiares, pues no permiten asignar citas posteriormente sino al mes próximo y en los primeros dias del mismo.

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD 2024

NOMBRE	ESPECIALIDAD	FECHA	HORA	LUGAR
JOSE CARDONA	URGENCIA CAIDA	12-07.24	4:56 PM	HOSPITAL
JOSE CARDONA	REMISION A BOGOTA	17-07-2024	7:56 PM	AVION AMBULANCIA
JOSE CARDONA	CONTROL DE ORTOPEDIA	20-08-24	7:30 AM	BOGOTA
SILVIA NEGRETTE	DOOPLER MIEMBROS INFERIORES	9-07-24	9:00A.M	HOSPITAL
AZAEL CORTINA	MEDICINA GENERAL	12-07-24	12:10 P.M	LOMA
ONOFRE PULIDO	MEDICINA GENERAL	12-07-24	12:40 P.M	LOMA
MERCEDES ZAMORA	MEDICINA GENERAL	12-07-24	2:20 P.M	LOMA
CANDELARIA OROZCO	URGENCIAS	26-07-24	1:00 P.M	HOSPITAL
BERNARDO HUMPRYES	URGENCIAS	08-07-24	8:40 A.M	HOSPITAL
BERNARDO HUMPRYES	CX POR UROLOGIA	14-07-24	6:00 A.M	HOSPITAL
BERNARDO HUMPRYES	CITA OFTALMOLOGIA	04-08-24	6:00 A.M	LYND
LUIS BARRIENTOS	ORTOPEDIA	11-07-24	8:40 A.M	LOMA
JOSE PAJARO	ORTOPEDIA	24-07-24	8:40 A.M	HOSPITAL
CANDELARIA OROZCO	URGENCIAS	26-07-24	3:00 P.M	HOSPITAL
IRVI	URGENCIAS	16-08-24	5:00 P.M	HOSPITAL
DELFINA NEWBALL	CITA MEDICA	21-08-24	5:00 P.M	LOMA
SHEYLA TAYLOR	CITA MEDICA	21-08-24	8:40 A.M	HOSPITAL
ALVARO ESCOBAR	VIAJE	18-08-24	5:00 A.M	AEROPUERTO

VICTORIA NARANJO W.
Enfermera Jefe

HNA. ELBA INTENCIPA SARMIENTO
JEFE DE TALENTO HUMANO

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

OBLIGACION	*ENTREGABLE*
Elaborar un Informe que dé cuenta de las actividades recreativas realizadas durante el mes.	*Un Informe que dé cuenta de las actividades recreativas realizadas durante el mes con los respectivos soportes fotográficos y listados de asistencia.*

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS:

Presentamos el cronograma de actividades recreativas desarrolladas entre el 29 de Julio de 2024 y el 28 de Agosto de 2024, describiendo la fecha de las actividades, nombre de la actividad, los objetivos y la descripción de cada una de las actividades.

El número de participantes será en grupos o individuales de acuerdo con la descripción de la actividad donde en algunas se dan a conocer gustos y expectativas, actividades físicas, actividades de memoria, movilidad articular, actividades de música terapia a nivel recordatorio, de memoria y articular, dirigida a músculos y ejercicios respiratorios entre otros.

En éste periodo se llevaron a cabo actividades como: la cedan, la bienvenida, estiramiento articular y muscular, música de los 60, ejercicios de miembros inferiores y superiores, jornada de fumigación y evacuación, cine y poesía.

FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	INFORME DE ACTIVIDADES	RECREACIONISTA

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME | **29 DE JULIO AL 28 DE AGOSTO DE 2024**

OBJETIVOS Y FECHAS	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
31 DE JULIO DEL 2024 • **LA CADENA.** ➢ La motricidad fina coordinación de músculos, huesos y nervios para producir movimientos pequeños y precisos.	Por medio de un hilo conductor que pasar por cada uno de los participantes de la actividad, pasamos un tubito de cartón de diferentes diámetros con el objetivo de fortalecer la motricidad fina y la agilidad. 
06 DE AGOSTO DEL 2024 • **¡BIENVENIDA!** ➢ bienvenida a nuevo miembro al hogar.	Se da calurosa bienvenida a un nuevo miembro al hogar, presentación, tour por el hogar, haciéndola sentir que llega a un lugar seguro y lleno de amor como calor de hogar.

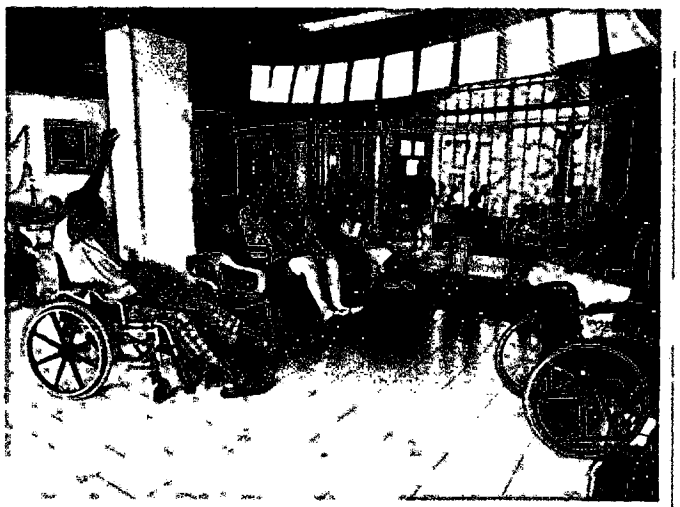
FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	INFORME DE ACTIVIDADES	RECREACIONISTA



09 DE AGOSTO DEL 2024

Actividad de estiramiento articular, estirando articulaciones, cabeza-cuellos, hombros, codos, muñecas, dedos, cadera-rodilla y tobillos. Además, también estirando toda la musculatura posible.

- **ESTIRAMIENTO ARTICULAR Y MUSCULAR.**
  - Incremento de la movilidad por medio de la elongación de los músculos acortados y de los tendones. para un mayor esfuerzo y para aumentar el rango de movimiento en las articulaciones.



13 DE AGOSTO DEL 2024



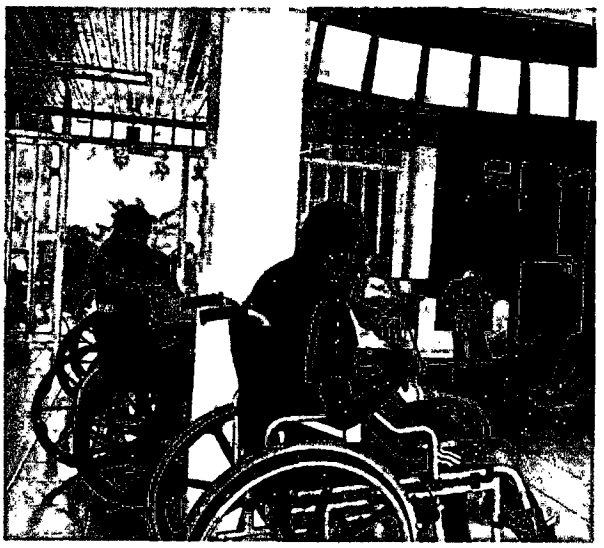
- **¡MUSICA DE LOS 60!**
  - La música es una excelente manera de mantenerse activo y socializar.

16 DE AGOSTO DEL 2024

- **EJERCICIOS PARA MIEMBRO INFERIOR Y SUPERIOR.**

  - Favorecer la movilidad articular, evitar la descalcificación y desmineralización ósea.con la finalidad de potenciar globalmente miembros superiores e inferiores.

Actividad física dirigida a miembro superior, realizando movilización articular de cabeza y cuellos, hombros, codos, muñecas, dedos, tronco, cadera, rodilla y tobillo.



20 DE AGOSTO DEL 2024

- **JORNADA DE FUMIGACIÓN EN EL HOGAR.**

Las fumigaciones nos permiten prevenir enfermedades al establecer unas mejores condiciones sanitarias en el lugar, se realizó evacuación de todos los adultos en el hogar.



22 DE AGOSTO DEL 2024

Las películas conmueven los sentimientos, hacen pasar un momento agradable e incluso nos pueden enseñar varias cosas. También, tienen un

- **¡CINE!**

  - Una mañana de películas.

impacto positivo en la calidad de vida de las personas.



27 DE AGOSTO DEL 2024

Por medio de un espacio de sano esparcimiento, se brinda la oportunidad de improvisar y dar a conocer las habilidades de los adultos en el hogar San Pedro Claver.

- **¡POESÍA!**

  - Suele utilizarse como herramienta terapéutica para trabajar diferentes capacidades cognitivas y emocionales de las personas mayores.

FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	**INFORME DE ACTIVIDADES**	**RECREACIONISTA**



Delfis Sierra M.

DELFIS DEL CARMEN SIERRA MARTINEZ
C.C. 1.123.638.988

Hna. Elba Intencipa

Hna. ELBA ELINA INTENCIPA SARM
JEFE DE PERSONAL

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

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

OBLIGACION	***ENTREGABLE***
Un Informe que dé 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.*

PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR:

Presentamos el plan de acompañamiento psicosocial para el adulto mayor de la fundación Hogar del anciano San Pedro Claver. Desarrolladas del 29 de Julio de 2024 hasta el 28 de Agosto de 2024. Así:

En las actividades Psicológicas se presenta la actividad y la intervención psicológica como preguntas básicas de conocimiento, Consejería, plan de atención personalizada y las intervenciones grupales para trabajar la empatía, trabajo en grupo, y otras actividades.

En las actividades Terapéuticas se presenta la actividad mediante una introducción, su objetivo, descripción de la actividad y la evidencia fotográficas para los diferentes adultos mayores. Estas actividades sirven para que el adulto mayor mantenga la movilidad, la fuerza muscular y el equilibrio junto con la coordinación de desplazamiento.

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

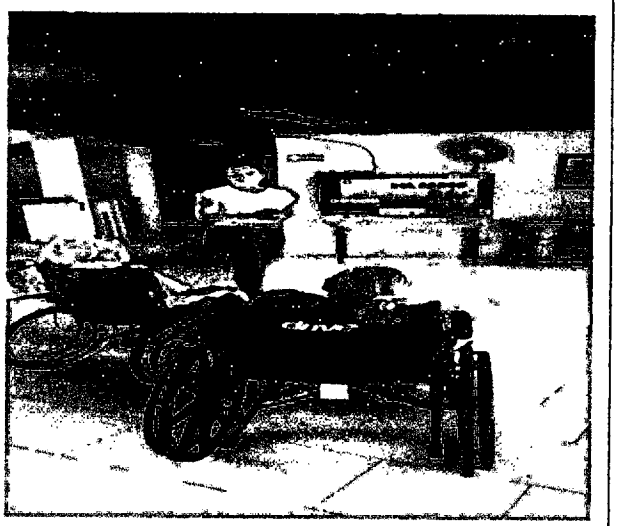
INFORME 3

ACTIVIDADES REALIZADAS PSICOLOGA

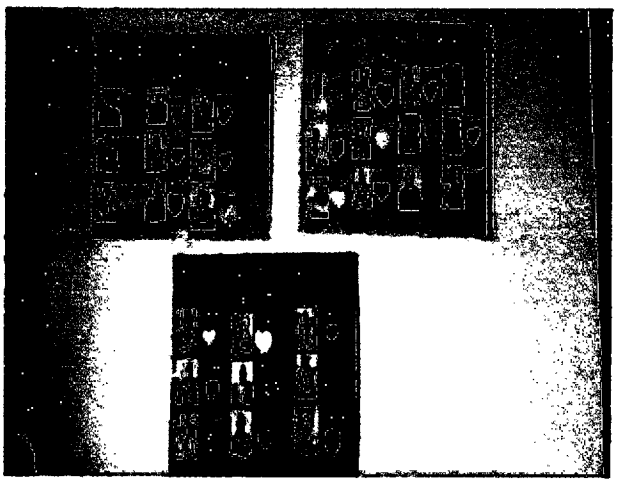
Lugar: Hogar del anciano San Pedro Claver
Mes: 29 julio – 28 agosto.

ACTIVIDAD	EVIDENCIA
Se realiza atención e intervención en psicología con adulto mayor, en la cual realizamos análisis de su estado cognitivo en actividades donde trabajamos memoria, concentración. se recomienda continuar con trabajo continuo correspondiente con el área social, psicología, terapéutica.	

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Diagnóstico de ingreso a adulto mayor por primera vez, se realiza entrevista psicológica la cual es fundamental para realizar su ficha de ingreso al hogar. Dentro de la atención psicológica se realizó presentación a el grupo interdisciplinario y recorrido por diferentes lugares del hogar, con la finalidad que se pueda sentir en confianza y a gusto desde el día 1 de ingreso. se realizaron pruebas relacionados con el estado mental, físico, emocional entre otros, se recomienda continuar con tratamiento por parte de psicología e incluirla de manera activa en las actividades diarias y cotidianas.	
Realización de actividad grupal en la cual se debate acerca del tema a tratar : *Cambios en nuestro cuerpo y mente cuando se llega a la vejez*, la participación fue activa por parte de los participantes, los cuales entendieron la temática a trabajar y realizaron aportes personales.	

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Relacionamiento con grupo interdisciplinario por parte del gobierno, en el cual hicimos el primero encuentro en conjunto con grupo interdisciplinario. Asistencia a actividad realizada por parte de la gobernación departamental, la secretaria de desarrollo social realizo diferentes actividades como adivinanzas, organización de fichas, juegos lúdicos, juegos de memoria, todo esto con el fin de ayudar en estimular diferentes áreas del adulto mayor. Fecha: 24 junio.	
Finalización de actividad realizada en la cual participaron todos los adultos mayores, la cual con foto impresa y nombre cada participante debía reconocer su imagen y colocar con tempera un corazón al lado de la foto. Con esta actividad trabajamos memoria, concentración, motricidad.	

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Seguimiento en atención psicológica a adulto mayor, el cual se recomienda trabajar e involucrar en actividades físicas y mentales. Se programa nuevo control por psicología no mayor a 1 mes.	
Actividad grupal en la cual se contó con la participación de mas de 10 adultos mayores en la cual, se proyecto una mañana de película, compartir y finalmente un resumen corto del mensaje principal de la película, dirigida por el área de psicología con apoyo de grupo interdisciplinario.	

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Atención individual a adulto mayor en la cual dentro de la atención psicológica y apoyo emocional, se complementó realizando un pequeño paseo no mayor a 10min en día soleado. Con esta actividad se logra motivar al adulto mayor con una actividad diferente y saliendo de la zona habitual.	
Atención individual a adulto mayor en la cual dentro de la atención psicológica y apoyo emocional, se complementó realizando un pequeño paseo no mayor a 10min en día soleado. Con esta actividad se logra motivar al adulto mayor con una actividad diferente y saliendo de la zona habitual.	

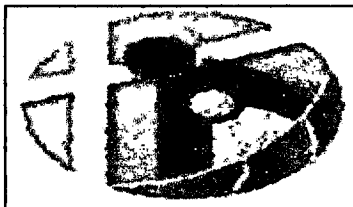
FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Actividad grupal, en la cual se relacionan varios adultos mayores, comparten tiempo de calidad con actividades que ayudan a la destreza del sistema cognitivo y ayuda a la mejora de la memoria. Actividad programada por área psicología	

En las intervenciones psicológicas que se llevan a cabo con el adulto mayor se le realizan, Preguntas Básicas de Conocimiento, Consejería psicológica, plan de atención continua depende caso particular, intervenciones grupales con acompañamiento de cuidadores, intervención individual, Grupos sociales de apoyo donde se trabajaron temas como la vejez, respeto hacia los demás, empatía, trabajo grupal, participación en actividades, entre otros, estas actividades fueron llevadas a cabo en el mes de agosto del año 2024.

Karen Causil
CC 1123631533
TP 260102

Jefe Talento Humano



FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Contratista	SAUL BARRIOS MARIMON		CC	18010118	
Objeto	Presentar un plan de acompañamiento psicosocial a 35 personas adultas mayores beneficiarias				
Periodo del Informe		Desde:	28 de julio de 2024	Hasta:	28 de agosto de 2024

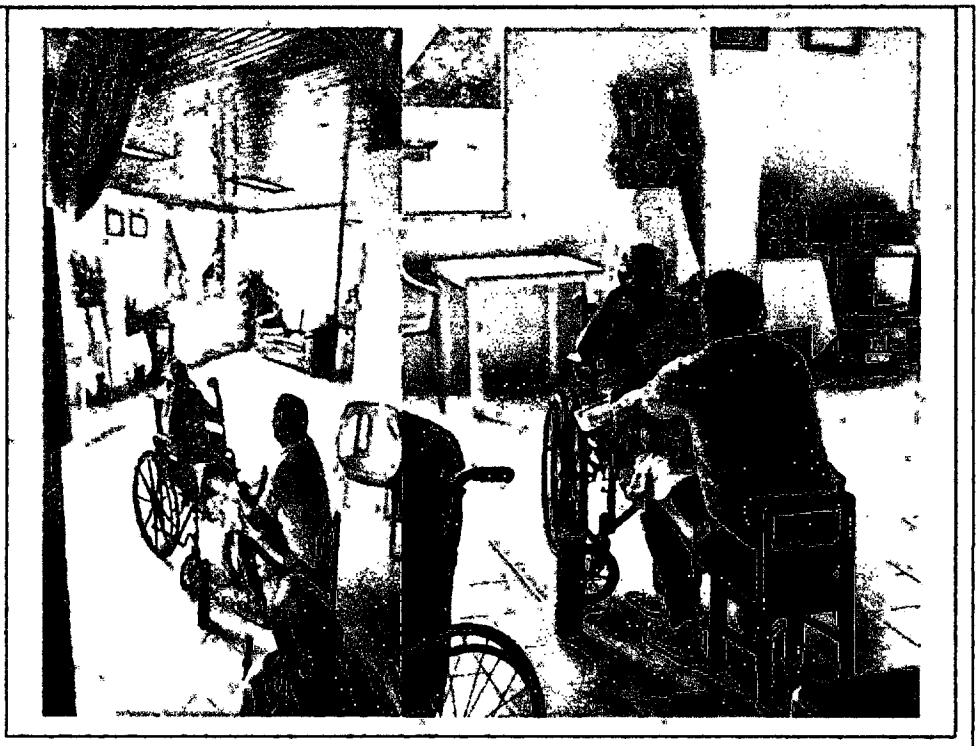
INTRODUCCION
la fisioterapia es de suma importancia en el adulto mayor por que ayuda a mantener y mejorar la movilidad, la fuerza muscular, el equilibrio y la coordinación.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS / ENTREGABLE
	OBJETIVO ESPECÍFICOS • Reducir las molestias y el dolor en el adulto mayor • Reeducar la marcha • Recuperar y fortalecer la masa muscular • Aumentar la flexibilidad • Mejorar el control postural • Mejorar la sensibilidad y capacidad articular • Mejorar la coordinación y el equilibrio (evitando posibles caídas)
1	**ACTIVIDAD** DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

	se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (JOSE PAJARO) 1 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA 
2	**ACTIVIDA** DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO. se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (SILVIA NEGRETE) 2 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER



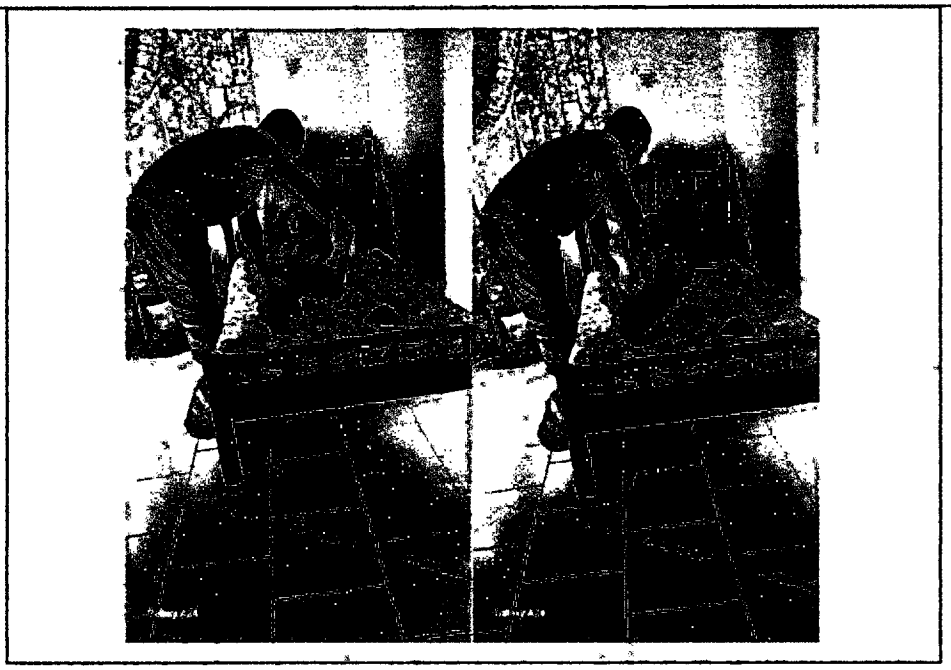
	ACTIVIDAD
3	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (JAIRO GOMEZ) 3 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER



	ACTIVIDAD
4	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFIC. se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (HERNANDO JOSE CORREA) 4 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER



	ACTIVIDAD
5	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (RODOLFO NEWBALL) 5 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

	ACTIVIDAD
5	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (JOSE CARDONA) 5 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

	ACTIVIDAD
5	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (BERNARDO HUMPHRIES) 5 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER



	ACTIVIDAD
5	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (LUIS BARRIENTOS) 5 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER



	ACTIVIDAD
5	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (ARGEMIRO HERNANDEZ) 5 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER



5	**ACTIVIDAD**
	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (MERCEDES ZAMORA) 5 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER



	ACTIVIDAD
5	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (SHEILA TAYLOR BRYAN) 5 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER



En constancia de lo anterior, se firma el presente informe a los 26 días de Agosto de2024.

Saul Barrios M

Contratista
Saul Barrios Marimon

Hna. Elsa Intecnipe

Supervisor 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

OBLIGACION	*ENTREGABLE*
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.*

ELABORACION DEL INFORME FINANCIERO MENSUAL:

Presentamos el informe financiero de las erogaciones aplicadas al presupuesto del proyecto CO1PCCNTR6363944 por valor de *$704.905.706,00 De acuerdo al plan aprobado con fecha de duración de seis meses contados a partir de la fecha de acta de inicio del 29 de Mayo del 2024, con los siguientes rublos así:*

RUBLO	VR PRESUPUESTO	
TALENTO HUMANO	$	336.905.706,00
SERVICIO ALOJAMIENTO	$	82.950.000,00
SERVICIO DE ALIMENTACION	$	276.570.000,00
OTROS GASTOS ATENCION AM.	$	8.480.000,00
TOTAL PRESUPUESTO	**$**	**704.905.706,00**

Los Soportes de las erogaciones corresponden a copias de los originales que reposan en el departamento contable del hogar del Anciano.

Adjuntamos los egresos su soporte y el cuadro general del presupuesto con los abonos de las trasferencias del contratante y los gastos aplicados de la entidad contratada.

Éste informe financiero corresponde del 29 de Julio de 2024 hasta el 28 de Agosto de 2024.

PLANTILLA PRESUPUESTAL
CONTRATO CO1.PCCNTR.6363944
DE MAYO 29 DE 2024 AL 23 DE NOVIEMBRE DE 2024

				$ 336,905,706	$ 82,950,000	$ 276,570,000	$ 8,480,000	$ 704,905,706			$ -
FECHA	EGRESO	NOMBRE DEL PROVEEDOR	ODP								
JNO 4-2024	2201	NOMINA EMPLEADOS DE MAYO 2024	202406001	$ 6,491,693				$ 6,491,693			-$ 6,491,693
JNO 18-2024	8036	APORTES EN LINEA SALUD JUNIO 2024	202406002	$ 6,330,000				$ 6,330,000			-$ 12,821,693
JNO 25-2024	5455	GOBERNACION DEPART. ANTICIPO 30% CTTO	202406003					$ -	$ 211,471,712		$ 198,650,019
JNO 28-2024	2207	SAUL BARRIOS FISIOTERAPEUTA MYO-JNO 29	202406003	$ 1,712,000				$ 1,712,000			$ 196,938,019
JNO 28-2024	2208	NOMINA EMPLEADOS DE JUNIO 2024	202406004	$ 32,533,530				$ 32,533,530			$ 164,404,489
JNO 28-2024	2212	KAREN CAUSIL PSICOLOGA MYO-JNO 29	202406005	$ 1,712,000				$ 1,712,000			$ 162,692,489
JNO 28-2024	2213	DELFIS SIERRA RECREACIONISTA MYO-JNO 29	202406006	$ 1,712,000				$ 1,712,000			$ 160,980,489
JNO 29-2024	CXC JNO29	SERV ALOJAMIENTO AM 30 $395.000 C/U	202406007		$ 11,850,000			$ 11,850,000			$ 149,130,489
JNO 29-2024	CXC JNO29	SERV ALIMENTACION AM 30 A $43.900	202406008			$ 39,510,000		$ 39,510,000			$ 109,620,489
JLO 10-2024	2228	APORTES EN LINEA SALUD JULIO 2024	202406009	$ 11,167,500				$ 11,167,500			$ 98,452,989
JLO 26-2024	2241	DELFIS SIERRA RECREACIONISTA JNO29 JLO28	202406010	$ 1,712,000				$ 1,712,000			$ 96,740,989
JLO 26-2024	2242	KAREN CAUSIL GUARDO PSICOLOGIA JNO JLO 28	202406011	$ 1,712,000				$ 1,712,000			$ 95,028,989
JLO 26-2024	2243	SAUL BARRIOS FISIOTERAPEUTA JNO 29 JLO 28	202406012	$ 1,712,000				$ 1,712,000			$ 93,316,989
JLO 28-2024	CXC JLO28	SERV ALOJAMIENTO AM 31 A $395.000 C/U	202406013		$ 11,981,670			$ 11,981,670			$ 81,335,319
JLO 28-2024	CXC JLO28	SERV ALIMENTACION AM 31 A $43.900 C/U	202406014			$ 39,949,000		$ 39,949,000			$ 41,386,319
JLO 31-2024	2245	NOMINA EMPLEADOS DE JULIO 2024	202408015	$ 33,142,970				$ 33,142,970			$ 8,243,349
AGO 12-2024	2250	APORTES EN LINEA SALUD AGOSTO 2024	202408016	$ 11,049,800				$ 11,049,800			-$ 2,806,451
AGO 22-2024	2261	ALMACEN APOLO CLUB- SUETERES FIESTA AM.	202408017				$ 5,480,000	$ 5,480,000			-$ 8,286,451
AGO 27-2024	2264	KAREN CAUSIL SERV PSICOLOGIA JLO29 AGO 28	20240818	$ 1,712,000				$ 1,712,000			-$ 9,998,451
AGO 27-2024	2265	DELFIS SIERRA SERV RECREACION JLO29 AGO28	20240819	$ 1,712,000				$ 1,712,000			-$ 11,710,451
AGO 27-2024	2266	SAUL BARRIOS SERV TERAPEUTA	20240820	$ 1,712,000				$ 1,712,000			-$ 13,422,451
AGO 28-2024	CXC AGO28	SERV ALOJAMIENTO AM 32 A $395.000 C/U	20240821		$ 12,284,503			$ 12,284,503			-$ 25,706,954
AGO 28-2024	CXC AGO28	SERV ALIMENTACION AM 32 A $43.900 C/U	20240822			$ 40,958,700		$ 40,958,700			-$ 66,665,654
AGO 28-2024	2267	MAURICIOO'S RESTAURANT DIA ADULTO MAYOR	20240823				$ 2,499,980	$ 2,499,980			-$ 69,165,634
AGO 28-2024	2268	LUZ ELENA RAMIREZ AMBIENTACION MUSICAL	20240823				$ 500,020	$ 500,020			-$ 69,665,654
		TOTALES POR RUBLO		$ 116,123,493	$ 36,116,173	$ 120,417,700	$ 8,480,000	$ 281,137,366	$ 211,471,712	$ -	
		SALDO POR APROPIAR		$ 220,782,213	$ 46,833,827	$ 156,152,300	$ -	[redacted]	-$ 211,471,712	[redacted]	

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

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

Nit. 892.400.442-5

PLANTILLA PRESUPUESTAL
CONTRATO CO1.PCCNTR.6363944
DE MAYO 29 DE 2024 AL 23 DE NOVIEMBRE DE 2024

RUBLO	NOMBRE DEL PROVEEDOR	MAYO 29 A JULIO 28 / 2024			JLO29 A AGO28				TOTAL ACUMULADO
8.1	RECURSO HUMANO								
8.1.1	NOMINA DE PLANTA	$ 6,491,693	$ 32,533,530		$ 33,142,970				$ 72,168,193
8.1.2	SEGURIDAD SOCIAL		$ 6,330,000	$ 11,167,500	$ 11,049,800				$ 28,547,300
8.1.3	BENEFICIOS EMPLEADOS								$ -
8.1.4	SERVICIOS PROFESIONALES		$ 5,136,000	$ 5,136,000	$ 5,136,000				$ 15,408,000
8.1	TOTAL RECURSO HUMANO	$ 6,491,693	$ 43,999,530	$ 16,303,500	$ 49,328,770	$ -	$ -	$ -	$ 116,123,493
8.2	SERVICIO DE ALOJAMIENTO								
8.2.1	HABITACION DIARIA MES		$ 11,850,000	$ 11,981,670	$ 12,284,503				$ 36,116,173
8.2	TOTAL SERVICIO ALOJAMIENTO	$ -	$ 11,850,000	$ 11,981,670	$ 12,284,503	$ -	$ -	$ -	$ 36,116,173
8.3	SERVICIO DE ALIMENTACION								
8.3.1	TRES RACIONES DIARIAS MES		$ 39,510,000	$ 39,949,000	$ 40,958,700				$ 120,417,700
8.3	TOTAL SERVICIO ALIMENTACION	$ -	$ 39,510,000	$ 39,949,000	$ 40,958,700	$ -	$ -	$ -	$ 120,417,700
8.4	OTROS GASTOS ATENCION AM.								
8.4.1	DIA AM. ALMACEN POLO ROPA				$ 5,480,000				$ 5,480,000
	DIA AM- MAURICIO'S RESTAURANT				$ 2,499,980				$ 2,499,980
	DIA AM- LUZ RAMIREZ MUSICAL				$ 500,020				$ 500,020
									$ -
8.4.1	CELEBRACION DIA ADULTO MAYOR.								$ -
8.4	TOTAL OTROS GASTOS A.M.	$ -	$ -	$ -	$ 8,480,000	$ -	$ -	$ -	$ 8,480,000
	TOTAL EROGACIONES POR MES	$ 6,491,693	$ 95,359,530	$ 68,284,170	$ 110,051,973	$ -	$ -	$ -	$ 281,137,366

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

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

Nit. 892.400.442-5

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

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

Nit. 892.400.442-5

SEGUNDO INFORME
PLANTILLA PRESUPUESTAL
CONTRATO CQ1.PCCNTR.6363944
DE JULIO 29 DE 2024 A AGOSTO 28 DE 2024

FECHA	EGRESO	NOMBRE DEL PROVEEDOR	ODP	VALOR APROPIADO	VALOR ABONADO
JLO 31-2024	2246	NOMINA EMPLEADOS DE JULIO 2024	202406015	$ 33,142,970	
AGO 12-2024	2250	APORTES EN LINEA SALUD AGOSTO 2024	202406016	$ 11,049,800	
AGO22-2024	2261	ALMACEN APOLO CLUB- SUETERES FIESTA AM.	202408017	$ 5,480,000	
AGO 27-2024	2264	KAREN CAUSIL. SERV PSICOLOGIA JLO29 AGO 28	20240818	$ 1,712,000	
AGO 27-2024	2265	DELFIS SIERRA SERV RECREACION JLO29 AGO28	20240819	$ 1,712,000	
AGO 27-2024	2266	SAUL BARRIOS SERV TERAPEUTA	20240820	$ 1,712,000	
AGO 28-2024	CXC AGO28	SERV ALOJAMIENTO AM 32 A $395.000 C/U	20240821	$ 12,284,503	
AGO 28-2024	CXC AGO28	SERV ALIMENTACION AM 32 A $43.900 C/U	20240822	$ 40,958,700	
AGO 28-2024	2267	MAURICIO´S RESTAURANT DIA ADULTO MAYOR	20240823	$ 2,499,980	
AGO 28-2024	2268	LUZ ELENA RAMIREZ AMBIENTACION MUSICAL	20240823	$ 500,020	

VALOR TOTALES POR COLUMNA	$ 111,051,973	$ -
VALOR PRIMER INFORME	$ 170,085,393	$ 211,471,712
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 704,905,706	$ 704,905,706
DIFERENCIAS POR APROPIAR Y BANCARIA	$ 423,768,340	$ 493,434,000

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER
Nit. 892.400.442-5
Convenio C.M

COMPROBANTE DE EGRESO
N° 02245

Ciudad San Andres. | Fecha D 31 M 7/10 A 2024. | VALOR $ 30.684.204

Pagado a Beneficio Empleados.

Por concepto de Nómina de Personal del mes de Julio de 2024.

La suma de: (en letras) treinta millones Seiscientos Ochenta y Cuatro mil Doscientos Cuatro pesos m/L.

CONTABILIZADO

Código P.U.C.	Cuenta	Débitos	Créditos
	Salarios x Pagar	30.142.970	
	aportes Salud		1229.383
	aportes Pensión		1229.383
	Caja Social		30684.204
	TT	33.142.970	33.142.970

Cheque N° | D | Banco Caja Social.
Sucursal | Efectivo ☐
Firma y Sello del Beneficiario
Relación
C.C. ☐ NIT. ☐ N°.
Fecha de recibido | D | M | A

Elaborado TT | Aprobado J | Contabilizado

31/7/24, 16:18 Banco Caja Social

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 02:14 pm

Número de Transacción: APII4213323729437796

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 04:16 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 7508ECBU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******6323 - Nancy E Arrieta G
Valor Transferido:	$1.856.864,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 26 de 2024 06:06 pm

Número de Transacción: APII4213324554737573

Transferencias a Cuentas de Otros Bancos

Fecha: Julio 31 de 2024 09:52 am

Esta transacción está sujeta a VERIFICACION!
Por favor consulte el saldo de la cuenta en 3 días hábiles.
Número de Confirmación: 8247EV5U

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Bancolombia - Cuenta de Ahorros *******2094 - Congre Hnas Santonio
Valor Transferido:	$2.377.510,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 10:05 am

Número de Transacción: APII4213325209625265

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 10:07 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 24709DSU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******8337 - Yerlis I Caballero G
Valor Transferido:	$2.024.255,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 11:33 am

Número de Transacción: APII4213329292040116

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 11:45 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 7243DB6U

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******2252 - Yolima Y Barker C
Valor Transferido:	$1.682.208,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 11:33 am

Número de Transacción: APII4213325394318962

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 11:40 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 57989UQU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******0612 - Carmelinda Bent J
Valor Transferido:	$1.671.030,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 11:33 am

Número de Transacción: APII4213320566028854

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 11:43 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 2579CG5U

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******9169 - Laura D Bent A
Valor Transferido:	$1.715.742,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 10:05 am

Número de Transacción: APII4213326924420344

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 10:10 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 2057F0XU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******8513 - Jennifer J Banquez C
Valor Transferido:	$1.868.042,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 11:33 am

Número de Transacción: APII4213327722966214

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 11:47 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 3274FWLU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******0388 - Martha I Puello S
Valor Transferido:	$1.682.208,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 11:33 am

Número de Transacción: APII4213322724504765

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 11:49 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 05279RSU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******7745 - Enrique Escorcia F
Valor Transferido:	$1.767.400,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 26 de 2024 06:06 pm

Número de Transacción: APII4213321058765766

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 09:57 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 45516A5U

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******9477 - Victoria E Naranjo W
Valor Transferido:	$2.714.324,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 11:33 am

Número de Transacción: APII4213326452758604

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 11:44 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 49407LTU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******1312 - Etsel Nelson A
Valor Transferido:	$1.302.912,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 11:33 am

Número de Transacción: APII4213322361187030

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 11:50 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 02804G3U

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******3369 - Elsa E Morron C
Valor Transferido:	$1.749.276,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 11:33 am

Número de Transacción: APII4213328669048559

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 11:51 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 4471255U

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******6254 - Elis E Valencia Q
Valor Transferido:	$1.637.496,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 11:33 am

Número de Transacción: API|4213328841027607

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 11:52 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 38422MVU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******8376 - Cindy J Puello G
Valor Transferido:	$1.503.360,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 11:41 am

Número de Transacción: API|4213321785403548

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 11:57 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 142112NU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******0200 - Joergsen W Bent S
Valor Transferido:	$1.878.941,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 11:33 am

Número de Transacción: APII4213326862884505

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 11:53 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 2338FTBU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******0600 - Liliana Bent P
Valor Transferido:	$1.536.894,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Julio 31 de 2024 11:33 am

Número de Transacción: APII4213324218221814

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Julio 31 de 2024 11:41 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 72163MVU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******6728 - Ana E Patino H
Valor Transferido:	$1.715.742,00
Fecha de Transferencia:	Julio 31 de 2024

Imprimir Cerrar

HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

NIT 892.400.442-5

JULIO

NOMINA CORRESPONDIENTE DEL 1RO AL 31

2024

ITEM		NOMBRE DEL EMPLEADO	CARGO	SALARIO BASICO	DIAS	SUELDO DEVENGADO	AUX TRANSPORTE	FESTIVO COMPENSADO	FESTIVO NO COMPENSADO	HORAS EXTRAS Y RECARGOS	INCAPACIDADES	TOTAL DEVENGADO	SALUD	PENSION	DESCUENTOS	NETO PAGADO	
						510505	510525	510511	510511	510510	21300505		21300505	21300515	111510 418015	214005	BANCO
1	20,586,729	ELBA ELIANA INTENCIPA SARM	JEFE DE PERSONAL	$ 2,584,250	30	$ 2,584,250		$ -	$ -	$ -	$ -	$ 2,584,250	$ 103,370	$ 103,370	$ -	$ 2,377,510	
2	1,140,822,751	VICTORIA EUGENIA NARANJO WIESNER	JEFE ENFERMERA	$ 2,584,250	30	$ 2,584,250		$ 64,606	$ 301,496	$ -	$ -	$ 2,950,352	$ 118,014	$ 118,014	$ -	$ 2,714,324	
3	42,366,484	NANCY EDITH ARRIETA GOMEZ	AUXILIAR ENFERMERA	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 182,250	$ -	$ 201,994	$ -	$ 2,004,244	$ 73,690	$ 73,690	$ -	$ 1,856,864	
4	1,043,010,651	YERLIS CABALLERO GUETTE	AUXILIAR ENFERMERA	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ -	$ 170,100	$ 396,090	$ -	$ 2,186,190	$ 80,968	$ 80,968	$ -	$ 2,024,255	
5	1,123,628,249	JANNIFER JUSETY BANQUEZ	AUXILIAR ENFERMERA	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 145,800	$ -	$ 250,594	$ -	$ 2,016,394	$ 74,176	$ 74,176	$ -	$ 1,868,042	
6	40,987,371	CARMELINDA BENT JAY	CUIDADORA	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 182,250	$ -	$ -	$ -	$ 1,802,250	$ 65,610	$ 65,610	$ -	$ 1,671,030	
7	40,987,568	ANA ELIZABETH PATIÑO HOOKER	CUIDADORA	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 145,800	$ 85,050	$ -	$ -	$ 1,850,850	$ 67,554	$ 67,554	$ -	$ 1,715,742	
8	40,987,573	LAURA DEBORA BENT ARCHBOLD	CUIDADORA	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 145,800	$ 85,050	$ -	$ -	$ 1,850,850	$ 67,554	$ 67,554	$ -	$ 1,715,742	
9	40,993,304	ETSEL NELSON ARCHBOLD	MANIPULADORA AYB	$ 1,458,000	26	$ 1,263,600	$ 140,400	$ -	$ -	$ -	$ -	$ 1,404,000	$ 50,544	$ 50,544	$ -	$ 1,302,912	
10	40,993,352	YOLIMA VIDID BARKER	MANIPULADORA AYB	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 109,350	$ 85,050	$ -	$ -	$ 1,814,400	$ 66,096	$ 66,096	$ -	$ 1,682,208	
11	39,154,121	MARTHA PUELLO SANTOS	SUPERNUMERARIA	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 109,350	$ 85,050	$ -	$ -	$ 1,814,400	$ 66,096	$ 66,096	$ -	$ 1,682,208	
12	73,130,125	ENRRIQUE ESCORCIA FUENTES	MANTENIMIENTO	$ 1,745,000	30	$ 1,745,000	$ 162,000	$ -	$ -	$ -	$ -	$ 1,907,000	$ 69,800	$ 69,800	$ -	$ 1,767,400	
13	32,727,436	ELSA ESTHER MORRON CHARRIS	SERVICIOS GENERALES	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 182,250	$ 85,050	$ -	$ -	$ 1,887,300	$ 69,012	$ 69,012	$ -	$ 1,749,276	
14	34,610,479	ELIS ELENA VALENCIA QUINTERO	SERVICIOS GENERALES	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 145,800	$ -	$ -	$ -	$ 1,765,800	$ 64,152	$ 64,152	$ -	$ 1,637,496	
15	1,123,620,292	CINDY JAHANA PUELLO GONZALEZ	SERVICIOS GENERALES	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ -	$ -	$ -	$ -	$ 1,620,000	$ 58,320	$ 58,320	$ -	$ 1,503,360	
16	40,987,914	LILIANA BENT PEREZ	SERVICIOS GENERALES	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 36,450	$ -	$ -	$ -	$ 1,656,450	$ 59,778	$ 59,778	$ -	$ 1,536,894	
17	18,011,428	JOERGSON WARREN BENT SMITH	CELADOR	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ -	$ -	$ 408,240	$ -	$ 2,028,240	$ 74,650	$ 74,650	$ -	$ 1,878,941	
18	73,573,083	LEONARDO PEREZ PITALUA	CELADOR	$ 1,458,000	0	$	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	
												$ -					
		TOTALES				$ 27,131,100	$ 2,408,400	$ 1,449,706	$ 896,846	$ 1,256,918	$ -	$ 33,142,970	$ 1,229,383	$ 1,229,383	$ -	$ 30,684,204	

$

ELABORO

TESORERO

APROBO

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER
Nit. 892.400.442-5
Convenio C.M

COMPROBANTE DE EGRESO
N° 02250

Ciudad San Andres	Fecha	D 12	M Ago	A 2024	VALOR $	11.049.800 =
Pagado a APORTES EN LINEA.						
Por concepto de Pensión Julio Salud Agosto Pin 9471237337						
La suma de: (en letras) Once millones cuarenta y nueve mil Ochocientos Pesos						

CONTABILIZADO

Código P.U.C.	Cuenta	Débitos	Créditos
	Aportes.	11.049.800	
	Caja Social		11.049.800

Elaborado TT | Aprobado | Contabilizado

Cheque N° | Banco Caja Social
Sucursal | Efectivo ☐
Firma y Sello del Beneficiario
Relación
C.C. ☐ NIT. ☐ N°.
Fecha de recibido | D | M | A

12/8/24, 11:34 Banco Caja Social

Número de Transacción: API|422532512132714 6

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Agosto 12 de 2024 11:30 am

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 2076B0RA

Estimado cliente: El pago que acaba de realizar está sujeto a aprobación por favor para conocer el pago seleccione la opcion "Regresar Al Comercio", y verifique el estado final de la transaccion, si tiene algun inconveniente, comuniquese con el operador de Informacion en donde realizo su planilla, o con el comercio desde el cual está efectuando la compra o pago"

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta Corriente *******8263
Comercio Virtual:	APORTES EN LINEA
Referencia de Pago:	9471237337
Valor Pagado:	$11.049.800,00

Imprimir Cerrar

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 892400442	5	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	LA LOMA DIAGONAL IGLESIA SAN FRANCISCO	SAN ANDRES-SAN ANDRES	5126457	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-08	839088094	94712373337	E	2024/08/12	2024/08/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$11,049,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				17	$4,485,500	$0	$0	$4,485,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$1,499,500	$0	$0	$1,499,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$2,754,600	$0	$0	$2,754,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$231,400	$0	$0	$231,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$309,100	$0	$0	$309,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	18	$309,100	$0	$0	$309,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$1,139,300	$0	$0	$1,139,300
CAJASAI	CCF64	892,400,320	5	18	$1,139,300	$0	$0	$1,139,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				18	$3,691,100	$0	$0	$3,691,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$180,800	$0	$0	$180,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	12	$2,438,800	$0	$0	$2,438,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$376,700	$0	$0	$376,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$694,800	$0	$0	$694,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$854,800	$0	$0	$854,800
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	18	$854,800	$0	$0	$854,800
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$570,000	$0	$0	$570,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	18	$570,000	$0	$0	$570,000
TOTAL				18	$11,049,800	$0	$0	$11,049,800

2024/08/15 10:17 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 892400442	5	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	LA LOMA DIAGONAL IGLESIA SAN FRANCISCO	SAN ANDRES-SAN ANDRES	5126457	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-08	839088094	9471237337	E	2024/08/12	2024/08/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$11,049,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (18 Afiliados)						$28,030,076	$4,485,500			$29,524,476	$3,691,100			$28,468,720	$1,139,300			$29,524,476	$309,100		$28,468,720	$1,424,800
Centro de Trabajo: NIVEL 2 (18 Afiliados)						$28,030,076	$4,485,500			$29,524,476	$3,691,100			$28,468,720	$1,139,300			$29,524,476	$309,100		$28,468,720	$1,424,800
Ciudad: SAN ANDRES Depto: SAN ANDRES (18 Afiliados)						$28,030,076	$4,485,500			$29,524,476	$3,691,100			$28,468,720	$1,139,300			$29,524,476	$309,100		$28,468,720	$1,424,800
1	CC	42366484	ARRIETA GONEZ NANCY EDIT	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF64	30	$384,244	$13,400	14-23	30	$1,300,000	$13,600	30	$384,244	$19,300
2	CC	1123628249	BANQUEZ CORPUS JENNIFER JUSETY	25-14	30	$2,189,394	$350,400	EPS037	30	$2,189,394	$273,700	CCF64	30	$2,189,394	$87,600	14-23	30	$2,189,394	$22,900	30	$2,189,394	$109,500
3	CC	40993352	BARKER CANENCIA YOLIMA YIDD	230301	30	$1,494,400	$239,200	EPS037	30	$1,494,400	$186,800	CCF64	30	$1,494,400	$59,800	14-23	30	$1,494,400	$15,700	30	$1,494,400	$74,800
4	CC	40987372	BENT JAY CARMELINDA	25-14	30	$1,482,250	$237,200	EPS041	30	$1,482,250	$185,300	CCF64	30	$1,482,250	$59,300	14-23	30	$1,482,250	$15,500	30	$1,482,250	$74,200
5	CC	18011428	BENT SMITH JOERGSEN WARREN	230301	30	$1,568,240	$251,000	EPS005	30	$1,568,240	$196,100	CCF64	30	$1,568,240	$62,800	14-23	30	$1,568,240	$16,400	30	$1,568,240	$78,500
6	CC	40987573	BENT ARCHBOLD LAURA DEBORAH	25-14	30	$1,530,850	$245,000	EPS041	30	$1,530,850	$191,400	CCF64	30	$1,530,850	$61,300	14-23	30	$1,530,850	$16,000	30	$1,530,850	$76,700
7	CC	40987914	BENT PEREZ LILIANA	25-14	30	$1,336,450	$213,900	EPS037	30	$1,336,450	$167,100	CCF64	30	$1,336,450	$53,500	14-23	30	$1,336,450	$14,000	30	$1,336,450	$66,900
8	CC	1043010451	CABALLERO GUETTE YERLIS ISABEL	230301	30	$2,589,190	$414,300	EPS005	30	$2,589,190	$323,700	CCF64	30	$2,589,190	$103,600	14-23	30	$2,589,190	$27,100	30	$2,589,190	$129,500
9	CC	73130125	ESCORCIA FUENTES ENRIQUE	230301	30	$1,745,000	$279,200	EPS037	30	$1,745,000	$218,200	CCF64	30	$1,745,000	$69,800	14-23	30	$1,745,000	$18,300	30	$1,745,000	$87,300
10	CC	39152303	HERNANDEZ SAAMS DENIA	230301	30	$1,400,000	$224,000	EPS005	30	$1,400,000	$175,000	CCF64	30	$1,400,000	$56,000	14-23	30	$1,400,000	$14,700	30	$1,400,000	$70,000
11	CC	20586729	INTENCIPA SARMIENTO ELBA ELINA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF64	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$13,600	30	$1,300,000	$65,000
12	CC	32727436	MORRON CHARRIS ELSA ESTHER	230301	30	$1,567,300	$250,800	EPS037	30	$1,567,300	$196,000	CCF64	30	$1,567,300	$62,700	14-23	30	$1,567,300	$16,400	30	$1,567,300	$78,500
13	CC	1140822752	NARANJO WIESNER VICTORIA EUGENIA	230301	30	$2,950,352	$472,100	EPS037	30	$2,950,352	$368,800	CCF64	30	$2,950,352	$118,100	14-23	30	$2,950,352	$30,900	30	$2,950,352	$147,700
14	CC	40993304	NELSON ARCHBOLD ETSEL	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF64	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$13,600	30	$1,300,000	$65,000
15	CC	40987570	PATIÑO HOOKER ANA ELIZABETH	25-14	30	$1,530,850	$245,000	EPS037	30	$1,530,850	$191,400	CCF64	30	$1,530,850	$61,300	14-23	30	$1,530,850	$16,000	30	$1,530,850	$76,700
16	CC	1123620292	PUELLO GONZALEZ CINDY JOHANA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF64	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,300,000	$13,600	30	$1,160,000	$58,000
17	CC	39154121	PUELLO SANTOS MARTHA ISABEL		0	$0	$0	EPS037	30	$1,494,400	$186,800	CCF64	30	$1,494,400	$59,800	14-23	30	$1,494,400	$15,700	30	$1,494,400	$74,800
18	CC	34610479	VALENCIA QUINTERO ELIS ELENA	230201	30	$1,445,800	$231,400	EPS010	30	$1,445,800	$180,800	CCF64	30	$1,445,800	$57,900	14-23	30	$1,445,800	$15,100	30	$1,445,800	$72,400
Total		**Afiliados(18)**				$28,030,076	$4,485,500			$29,524,476	$3,691,100			$28,468,720	$1,139,300			$29,524,476	$309,100		$28,468,720	$1,424,800

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER
Nit. 892.400.442-5
Convenio C.M

COMPROBANTE DE EGRESO
N° 02261

Ciudad	San Andres	Fecha	D 22	M AGO	A 2024.	VALOR $	5.343.000=

Pagado a Almacen Polo Club - Handous Waked Nahamad.

Por concepto de Fv. FENH-102. Loteres Polo adultos Mayores. Fiesta del adulto mayor 2024.

La suma de: (en letras) Cinco millones trescientos cuarenta y tres mil Pesos

CONTABILIZADO

Código P.U.C.	Cuenta	Débitos	Créditos
	Dia adulto My.	5.480.000	
	Retención 2.5%		137.000
	Caja Social		5.343.000

Cheque N° — Banco: caja social.
Sucursal — Efectivo ☐
Firma y Sello del Beneficiario
1.123.630661
C.C. ☐ NIT. ☐ N°.
Fecha de recibido — D — M — A

Elaborado: JJ | Aprobado: J | Contabilizado

23/8/24, 16:01 Banco Caja Social

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Agosto 22 de 2024 03:37 pm

Número de Transacción: APII4236321650003578

Transferencias a Cuentas de Otros Bancos

Fecha: Agosto 23 de 2024 03:57 pm

Esta transacción está sujeta a VERIFICACION!
Por favor consulte el saldo de la cuenta en 3 días hábiles.
Número de Confirmación: 52529PDU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Bancolombia - Cuenta de Ahorros *******3458 - Mohama Hendous Waked
Valor Transferido:	$5.343.000,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 23 de 2024

Imprimir Cerrar

DIAN **FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA** DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
1b2f33f1f14b9be8efe2908877a748ee932d5f293fc2e389640437fe6ddae1acf8ecbc0bf7f42c7af8ac7c3c7b742801

Número de Factura: FEMH-102
Fecha de Emisión: 22/08/2024
Fecha de Vencimiento: 22/08/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: HANDOUS WAKED MOHAMAD
Nombre Comercial: ALMACEN POLO CLUB
Nit del Emisor: 1123630661
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 0090

País: Colombia
Departamento: San Andrés y Providencia
Municipio / Ciudad: San Andrés
Dirección: AV COLON CALLE 22 No. 55 LC 103a
Teléfono / Móvil: 3152808338
Correo: Mnhw92@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

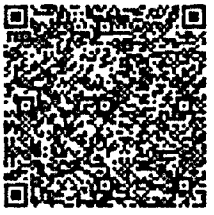
Nombre o Razón Social: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 892400442
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: San Andrés y Providencia
Municipio / Ciudad: San Andrés
Dirección: N/D
Teléfono / Móvil: 5126457
Correo: fundacionhogardelanciano@yahoo.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	7279	SUETER POLO S-XL 9217	EA	40,00	$ 77.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 3.080.000,00
2	7315	POLO DAMA S - XL	EA	28,00	$ 77.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 2.156.000,00
3	3309	perfume polo hombre	EA	8,00	$ 28.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 224.000,00
4	3309	perfume polo hombre	EA	1,00	$ 20.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 20.000,00

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-08-22 15:37:29
Documento generado el: 2024-08-22 15:37:28
Generado por: Software Proplo
Nit:1123630661

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			5.480.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			5.480.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			5.480.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	5.480.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764075237210 Rango desde: 58 Rango hasta: 5000 Vigencia: 2025-01-17

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

PRESUPUESTO DIA ADULTO MAYOR 2024

ACTIVIDAD	PROVEEDOR	A.M.	VR UNIDAD	VR TOTAL
Atencion servicio de DASAYUNO con menu de acuerdo a la tabla nutricional presentada por el proveedor.	RESTAURANTE MAURICIO'S	35	$ 15,850.00	$ 554,750.00
Atencion servicio de MEDIA MAÑANA con menu de acuerdo a la tabla nutricional presentada por el proveedor.	RESTAURANTE MAURICIO'S	35	$ 12,800.00	$ 448,000.00
Atencion servicio de ALMUERZO con menu de acuerdo a la tabla nutricional presentada por el proveedor.	RESTAURANTE MAURICIO'S	35	$ 31,420.00	$ 1,099,700.00
Atencion servicio de MEDIA TARDE con menu de acuerdo a la tabla nutricional presentada por el proveedor.	RESTAURANTE MAURICIO'S	35	$ 11,358.00	$ 397,530.00
Adquision de una muda de ropa por adulto mayor pantalon, camisa, interior, medias para hombre	ALMACEN DE ROPA HOMBRES	21	$ 131,000.00	$ 2,751,000.00
Adquision de una muda de ropa por adulto mayor pantalon o vestido, blusa, ropa interior, media para mujer	ALMACEN DE ROPA MUJER	14	$ 194,930.00	$ 2,729,020.00
Amenizacion grupo tipico isleño caracteristico de San Andrés.	GRUPO CREOLE	1	$ 500,000.00	$ 500,000.00
	TOTAL DEL PRESUPUESTO			**$ 8,480,000.00**

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER
Nit. 892.400.442-5
Convenio C.M

COMPROBANTE DE EGRESO
N° 02264

Ciudad	San Andrés	Fecha	D 27	M ago	A 2024	VALOR $	1.643.520=

Pagado a: Karen Causil Guardia. 1.123.631.533

Por concepto de: Servicios de atención Psicológica a los adultos Mayores del 29 de Julio al 28 de Agosto / 2024. COMPCONTR6363944

La suma de: (en letras) Un millón Seiscientos cuarenta y tres mil Quinientos Veinte Pesos m/l.

CONTABILIZADO

Código P.U.C.	Cuenta	Débitos	Créditos
	Prestación de Servicios.	1712.000	
	Retencion 4%		68.480
	Caja Social.		1.643.520

Cheque N° — Banco: Caja Social
Sucursal — Efectivo ☐
Firma y Sello del Beneficiario
1.123.631.533
C.C. ☐ NIT. ☐ N°.
Fecha de recibido | D | M | A

Elaborado: T
Aprobado: J
Contabilizado

27/8/24, 15:51 Banco Caja Social

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Agosto 26 de 2024 05:38 pm

Número de Transacción: APII4240328413731333

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 27 de 2024 03:50 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 6256EZYU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******9022 - Karen L Causil G
Valor Transferido:	$1.643.520,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 27 de 2024

Imprimir Cerrar

San Andrés Isla, 28 agosto 2024.

Señores
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
La Ciudad

Asunto: Factura de Cobro.

FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER debe a KAREN LORENCA CAUSIL GUARDIA, identificada con el documento 1.123.631.533 Expedida en San Andrés Isla, Profesional del área Psicología, La suma de $1.712.000 (UN MILLON SETECIENTOS DOCE MIL PESOS) por concepto de atención psicológica a adultos mayores, Correspondiente al mes agosto de 2024 en la sede del hogar del anciano san pedro Claver.

Anexo: Informe del mes, Cuenta de Cobro, Pago seguridad social.

Karen Causil Guardia
Psicologa
TP 260102

$1.712.000 =
68.480 =
$1.643.520 =
Rf. 4%

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1123631533		CAUSIL GUARDIA KAREN LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	karencausil@hotmail.com	SAN ANDRES-SAN ANDRES	3173819639

Clave: 9470346515

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2024/08/09	0	$0	$377,300

Periodo Pensión: 2024-07 **Periodo Salud: 2024-07**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$208,000
PORVENIR		1	$208,000
ARL	1	1	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		1	$6,800
EPS	1	1	$162,500
SANITAS		1	$162,500
SUBTOTAL			$377,300
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$377,300

Canales de Pago

BANCARIOS	NO BANCARIOS
Banco AV Villas, Banco de Occidente, Banco de Bogotá	Sefecty, Expso, MAX, Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1123631533		CAUSIL GUARDIA KAREN LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barrio Ciudad Paraiso	SAN ANDRES-SAN ANDRES	5128368	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07		9470346515	I	2024/08/09			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	rvac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Ciudad: SAN ANDRES Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
1	CC	1123631533 CAUSIL KAREN																		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	0.5221%	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
Total Afiliados(1)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1123631533		CAUSIL GUARDIA KAREN LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barrio Ciudad Paraiso	SAN ANDRES-SAN ANDRES	5128368	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07		9470346515	I	2024/08/09			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL:				1	$377,300	$0	$0	$377,300

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER
Nit. 892.400.442-5
Convenio C.M

COMPROBANTE DE EGRESO
N° 02265

Ciudad	San Andres	Fecha	D 27	M Ago	A 2024	VALOR $ 1.643.520 =

Pagado a Delfis del Carmen Sierra Martinez

Por concepto de Prestación de servicios como Recreacionista en el Hogar del Anciano del 29 Julio al 28 de Agosto. Cta CORPOCNTR6363944

La suma de: (en letras) Un millón seiscientos Cuarenta y tres mil Quinientos Veinte Pesos M/L.

CONTABILIZADO

Código P.U.C.	Cuenta	Débitos	Créditos
	Prestación de		
	servicios.	1.712.800	
	Retencion 4%.		68.480
	Caja Social.		1643.520

Cheque N° — Banco: Caja Social.
Sucursal — Efectivo ☐
Firma y Sello del Beneficiario
1.123.638.988
C.C. ☐ NIT. ☐ N°.
Fecha de recibido — D — M — A

Elaborado — Aprobado — Contabilizado

27/8/24, 15:53 Banco Caja Social

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Agosto 26 de 2024 05:38 pm

Número de Transacción: APII4240322144587026

Transferencias a Cuentas de Otros Bancos

Fecha: Agosto 27 de 2024 03:52 pm

Esta transacción está sujeta a VERIFICACION!
Por favor consulte el saldo de la cuenta en 3 días hábiles.
Número de Confirmación: 7167CBQU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Bancolombia - Cuenta de Ahorros *******6350 - Delfis Sierra Martinez
Valor Transferido:	$1.643.520,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 27 de 2024

Imprimir Cerrar

San Andrés, isla 28 de agosto de 2024

CUENTA DE COBRO N. 03

VICARIATO APOSTÓLICO DE SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA

DEBE A:
DELFIS DEL CARMEN SIERRA MARTINEZ
CC 1.123.638.988

Por la suma de:

UN MILLÓN SETECIENTOS DOCE MIL PESOS ($1.712.000)

Por concepto de:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO RECREACIONISTA EN EL HOGAR DE ANCIANOS SAN PEDRO CLAVER, DURANTE EL PERIODOS DEL 29 DE JULIO AL 28 DE AGOSTO DEL PRESENTE AÑO.

Por favor realizar el pago a la cuenta de ahorro No.348-483663-50 Del banco BANCOLOMBIA.

Atentamente,

Delfis Sierra M

DELFIS DEL CARMEN SIERRA MARINEZ
1.123.638.988

Rf: 4% ($1.712.000 = 68.480 -) = $1.643.520

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1123638868	DELFIS DEL CARMEN SIERRA MARTINEZ	BARRIO MODELO 2DA ETAPA	5126995	delfis128@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ARCHIPIÉLAGO DE SA	SAN ANDRÉS		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	15/08/2024	79485857	$455.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	196.300	0		0		0	0	0	0	196.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-6	251.200	0	0	0	0	0	0		251.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.200				8.200	0	0	8.200			82	8.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	196.300	196.300
Pensión	1	251.200	251.200
Riesgos Laborales	1	8.200	8.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	455.700	455.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1123638988	DELFIS DEL CARMEN SIERRA MARTINEZ		BARRIO MODELO 2DA ETAPA	5128995	delfis128@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			ARCHIPIÉLAGO DE SA	SAN ANDRÉS		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	15/08/2024	79485857	$455.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. residente	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COLECTIVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1123638988	SIERRA MARTINEZ DELFIS DEL CARMEN	67	0		N																		230301	1,589,800	251,200	0	0	0	0	EPS037	1,589,800	198,300	14-23	1,589,800	1	8,200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER
Nit. 892.400.442-5
Convenio C.M

COMPROBANTE DE EGRESO
N° 02266

Ciudad	San Andres	Fecha	D 27	M Ago	A 2024.	VALOR $	1.643.520 =

Pagado a Saul Barrios Marimón 18.010.118

Por concepto de Servicios terapeuticos al adulto mayor del 28 de Julio al 28 de agosto de 2024. CTTO 001PCNTE6363944.

La suma de: (en letras) Un millón seiscientos cuarenta y tres mil Quinientos veinte Pesos m/l.

CONTABILIZADO

Código P.U.C.	Cuenta	Débitos	Créditos
	Prestación de Servicios.	1712.000	
	Retencion 4%		68.480
	Caja Social.		1643520.

Cheque N° | Banco: Caja Social
Sucursal | Efectivo ☐
Firma y Sello del Beneficiario
18.010.118.
C.C. ☐ NIT. ☐ N°.
Fecha de recibido | D | M | A

Elaborado: T | Aprobado: J | Contabilizado

27/8/24, 15:56 Banco Caja Social

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Agosto 26 de 2024 05:38 pm

Número de Transacción: API4240326490439560

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 27 de 2024 03:54 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 8588CSBU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******4422 - Saul E Barrios M
Valor Transferido:	$1.643.520,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 27 de 2024

Imprimir | Cerrar

San Andrés Julio 27 de 2024

FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

Nit 892 400 442 -5

DEBE A

SAUL BARRIOS MARIMON

C.C.18.010.118 SAN ANDRES

LA SUMA DE:

UN MILLON SETECIENTOS DOCE MIL PESOS ML $1.712.000

POR CONCEPTO DE:

PRESTACION DE SERVICIO TERAPEUTICO AL ADULTO MAYOR

DEL 29 DE JULIO AL 28 DE AGOSTO DE 2024

SAUL BARRIOS MARIMON

C.C.18.010.118 SAN ANDRES

$1.712.000 =
24% (68.480 =
$1.643.520

aportes en línea
NIT 900147248-2

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléf	Exonerador SENA e ICBF
CC 18010118		BARRIOS MARIMON SAUL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	NATANIA ETAPA 2	SAN ANDRES-SAN ANDRES	3115745366	NO

DATOS GENERALES DE LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	D. Mora	Valor
2024-08	2024-08	47523097	95347523097	I	2024/08/10	2024/08/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$ 370.500

RESUMEN DE PAGO

ADMINISTRADORA	CÓDIGO	NIT	ID	N° DÍAS	VALOR LIQUIDACIÓN	INTERESES	SALDOS FAVOR ENTIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS:1)				1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 208.000
COLPENSIONES	230301	800,224,808	8	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 208.000
EPS (ADMINISTRADORAS:1)				1	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
NUEVA E.P.S.	230301	900,156,264	2	1	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
TOTAL					$ 370.500	$ 0	$ 0	$ 370.500

PAGADO

aportes en línea

NIT 900147238-2

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléf.	Exonerado SENA e ICBF
CC 18010118		BARRIOS MARIMON SAUL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	LATANIA ETAPA	SAN ANDRES-SAN ANDR	3115745366	NO

DATOS GENERALES DE LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	D.Mora	Valor
2024-08	2024-08	47523097	95347523097	I	2024/08/10	2024/08/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$ 370.500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLAEDO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aportes	Codigo	Dias	IBC	APORTES	Codigo	Dias	IBC	APORTE	Codigo	Dias	IBC	APORTE	Dias	IBC	APORTE
[redacted]																					
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$ 1.300.000	$ 208.000			$ 1.300.000	$ 162.000			$ 0	$ 0			$ 0	$ 0		$ 0	$ 0
Ciudad: SAN ANDRES Depto: SAN ANDRES (1 Afiliado					$ 1.300.000	$ 208.000			$ 1.300.000	$ 162.000			$ 0	$ 0			$ 0	$ 0		$ 0	$ 0
1	cc	18010118	RRIOS MARIMON S	230301	30 $ 1.300.000	$ 208.000	EPS037	30	$ 1.300.000	$ 162.000		0	$ 0	$ 0		0	$ 0	$ 0	0	$ 0	$ 0
Total Afiliados (1)					$ 1.300.000	$ 208.000			$ 1.300.000	$ 162.000			$ 0	$ 0			$ 0	$ 0		$ 0	$ 0

PAGADO

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, Agosto 28 de 2024

GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL ARCHIPIELAGO DE
SAN ANDRES PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
NIT 892.400.038-2

D E B E A

FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER
NIT 892.400.442 - 5

POR CONCEPTO DE: SERVICIO DE ALOJAMIENTO A 32 ADULTOS MAYORES
SEGÚN CONTRATO CO1PCCNTR.6363944 DEL 29 DE JULIO AL 28 DE AGOSTO DEL 2024 ASÍ:

F.INICIAL	F. FINAL	TOTAL A..M.	NRO DIAS	VALOR	TOTAL
JLO 29	AGO. 28	30	30	$ 13,166.67	$ 11,850,003.00
JLO 29	AGO. 10	1	13	$ 13,166.67	$ 171,166.71
JLO 29	AGO. 17	1	20	$ 13,166.67	$ 263,333.40
		0	0	$ -	$ -
		TOTAL ALOJAMIENTO			**$ 12,284,503**

SON: DOCE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS TRES PESOS ML $12.284.503

Dra.
Fundacion hogar del anciano San Pedro Claver
Tesoreria.

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, Agosto 28 de 2024

GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL ARCHIPIELAGO DE
SAN ANDRES PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
NIT 892.400.038-2

D E B E A

FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER
NIT 892.400.442 - 5

POR CONCEPTO DE: SERVICIO DE ALIMENTACION A 30 ADULTOS MAYORES SEGÚN CONTRATO CO1PCCNTR.6363944 DEL 29 DE MAYO DEL 2024 ASÍ:

E.INICIAL	F. FINAL	TOTAL A..M.	NRO DIAS	VALOR	TOTAL
JLO 29	AGO. 28	30	30	$ 43,900.00	$ 39,510,000.00
JLO 29	AGO. 10	1	13	$ 43,900.00	$ 570,700.00
JLO 29	AGO. 17	1	20	$ 43,900.00	$ 878,000.00
		0	0	$ -	$ -
		TOTAL ALIMENTACION			**$ 40,958,700**

SON: CUARENTA MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS PESOS ML. $40.958.700

Fundacion hogar del anciano San Pedro Claver
Tesoreria.

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER
Nit. 892.400.442-5
Convenio C.M

COMPROBANTE DE EGRESO
N° 02267

Ciudad	San Andres	Fecha	D 28	M Ago	A 2024.	VALOR $	2.437.480=

Pagado a: Mauricios Restaurant.

Por concepto de: Fv. 278. Servicio de Restaurante - atencion adultos mayores en la ru Dia COICNTR6363944.

La suma de: (en letras) Dos millones cuatrocientos treinta y siete mil Cuatrocientos Ochenta pesos m/L.

CONTABILIZADO

Código P.U.C.	Cuenta	Débitos	Créditos
	Celebraciones	2.499.980	
	Retención		62.500
	Caja Social		2.437.480

Cheque N° | Banco: Caja Social.
Sucursal | Efectivo ☐
Firma y Sello del Beneficiario

72.044.318

Elaborado | Aprobado | Contabilizado

C.C. ☐ NIT. ☐ N°.

Fecha de recibido | D | M | A

28/8/24, 11:47 Banco Caja Social

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Agosto 28 de 2024 11:40 am

Número de Transacción: APII4241322726928308

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 28 de 2024 11:44 am

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 327655NU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******0178 - Mauricio A Lopez C
Valor Transferido:	$2.437.480,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 28 de 2024

Imprimir Cerrar



COMA LO MISMO PERO DIFERENTE

MAURICIO ALIRIO LOPEZ CASTRO
NIT. 72.044.318-8

Factura Electrónica De Venta No

FEMT No. 278

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764077661285 que habilita desde FEMT 269 hasta FEMT 5000. Vence 2025-02-22

IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA
No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 0 0.00 X 1000

CLIENTE	VICARIATO APOSTOLICO DE SAN ANDRES Y PROVIDEN	**POR CONCEPTO DE**	
NIT	892400068 3	FACTURA DE VENTA	
DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**	
VIA SAN LUIS 4 140	S an Andrés	5126457	

FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
28/08/2024	28/08/2024	MAURICIO ALIRIO LOPEZ CASTRO	Credito

Item	**Cantidad**	**Descripción**	**Fecha De Entrega**	**Valor Unitario**	**Total**
1	1	DESAYUNOS		554.750	554.750
2	1	REFRIGERIOS		448.000	448.000
3	1	REFRIGERIO TIPO C		397.530	397.530
4	1	ALMUERZOS		1.099.700	1.099.700

Total líneas o Items: 4

SUBTOTAL	**2.499.980**
DESCUENTO	**0**
TOTAL FACTURA	**2.499.980**

Valor en Letras

DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

Df. 2,5% 62.500

$ 2.437.480

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 28/08/2024 10:49:07

Av. NEWBALL FRENTE CRUZ ROJA Teléfono 5123458 San Andrés
Correo Electrónico MAURICIO2229@HOTMAIL.COM

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: ae9c2d3b93c5d539ecf1d4eaa8c53864ca1a60f009b4abcd83fe4f1d91041cd6b2b61c2743a6f2fc4ff9e4f8c73550c3 --Fecha y Hora de Expedición : 28/08/2024 10:55:34 a. m.

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER
Nit. 892.400.442-5
Convenio C.M

COMPROBANTE DE EGRESO
N° 02268

Ciudad San Andres	Fecha	D 28	M Ago	A 2024.	VALOR $	480.020=
Pagado a Luz Elena Ramirez Ochoa.						
Por concepto de Servicios Musicales para Entretenimiento de los adultos mayores en su Dia Co1PCNTR6363944.						
La suma de: (en letras) Cuatrocientos Ochenta mil Veinte Pesos m/L.						

CONTABILIZADO

Código P.U.C.	Cuenta	Débitos	Créditos
	Celebraciones	500.020	
	Retencion 4%		20.000=
	Caja Social		480.020=

Cheque N° | Banco, Occidente
Sucursal | Efectivo ☐
Firma y Sello del Beneficiario
21.928.981
C.C. ☐ NIT. ☐ N°.
Fecha de recibido | D | M | A

Elaborado TT | Aprobado J | Contabilizado

28/8/24, 17:46 Banco Caja Social

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Mariano Ospina Gomez	FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	TESORERIA	186.82.86.219	Agosto 28 de 2024 05:12 pm

Número de Transacción: APII4241323412964146

Transferencias a Cuentas de Otros Bancos

Fecha: Agosto 28 de 2024 05:42 pm

Esta transacción está sujeta a VERIFICACION!
Por favor consulte el saldo de la cuenta en 3 días hábiles.
Número de Confirmación: 8399BWKU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco de Occidente - Cuenta de Ahorros *****9362 - Luz Elena Ramirez
Valor Transferido:	$480.020,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 28 de 2024

Imprimir Cerrar



San Andrés isla, Agosto 28 de 2024

FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

Nit 892 400 442 -5

DEBE A

LUZ ELENA RAMIREZ OCHOA

C.C.21.928.981

LA SUMA DE:

QUINIENTOS MIL VEINTE PESOS ML $500.020

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios musicales para entretenimiento de los adultos mayores del Hogar del Anciano San Pedro Claver en el día del Adulto Mayor.

LUZ ELENA RAMIREZ OCHOA
C.C.21.928.981

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

