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

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

CERTIFÍCA

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

Periodo Certificado	Del 29 de Agosto al 28 de Septiembre de 2024
Informe Número	Desembolso cuatro (04)
Plazo del Contrato	SEIS (6) MESES
VALOR A PAGAR	$ 98.686.799 M/CTE.
Observaciones	

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

De conformidad con lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla a los 02 días del mes de Octubre 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 Agosto del 2024		Hasta:	28 de Septiembre del 2024

2. ACTIVIDADES EJECUTADAS		
Ítem	Objetivo / Entregable	Actividad
1	Entrega de tres raciones alimentarias a las 35 personas adultas mayores beneficiarias.	*Presentamos el listado de Adultos Mayores del mes de Septiembre 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 Agosto de 2024 hasta el 28 de Septiembre de 2024. Correspondiente a Diez mujeres (10) y Veinte (20) hombres para un total de Treinta (30) Adultos Mayores en el presente informe..*
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 Agosto 29 de 2024. Hasta el 28 de Septiembre de 2024. El informe presenta el Estado General a nivel médico, nutricional y psicosocial por adulto mayor. Encontramos 30 adultos mayores, Representados en Sala de hombres veinte (20) hombres y en Sala de Mujeres Diez (10) mujeres, dentro de cada información se encuentra:*
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 Octubre serán atendidos diez y seis (16) adultos mayores, de los cuales dos serán atendidos en el centro de salud de San Luis, por medicina interna. Cinco en el Hospital Departamental, por psiquiatría y nueve serán atendidos por medicina general domiciliaria en el Hogar del anciano. Se Adjunta el cronograma..*
4	Elaborar un informe que dé cuenta de las actividades recreativas durante el mes.	*Presentamos el cronograma de actividades recreativas desarrolladas entre el 29 de Agosto de 2024 y el 28 de Septiembre de 2024, describiendo la fecha de las actividades, nombre de la actividad, los objetivos y la descripción de cada una de las actividades. En éste periodo se llevaron a cabo actividades como: El día del Adulto Mayor, Bingo, Cumpleaños de los Adultos Mayores, Integración para el personal que labora en el Hogar, Ejercicios para miembros superiores, ponemos a prueba su puntería, Feliz día del amor y la amistad, rumba terapia.*
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 realizó el análisis del estado cognitivo para medir estado de memoria, concentración, liberación del estrés, emociones, contacto con el otro. En Actividades grupales se trabajó la concentración, comprensión lectora y la agilidad mental entre otros.* *En las actividades Terapéuticas sirven para que el adulto mayor mantenga la movilidad, la fuerza muscular y el equilibrio junto con la coordinación de desplazamiento. Las actividades que se desarrollaron fueron lúdicas, recreativas, terapia física, y esparcimiento.*

6	Elaborar informe financiero de la ejecución del contrato.	*El valor del presupuesto es de $704.905.706 de los cuales se ha recibido de la Gobernación Departamental $408.845.309 pesos y se han erogado $384.521.662, el saldo a favor del presente informe es de $296.060.397 por aplicar.* *Para el Desembolso número 4, adjuntamos el tercer informe correspondiente de Agosto 29 de 2024 a Septiembre 28 de 2024, los gastos de este periodo fueron de $103.384.296 pesos se recibieron $197.373.597 pesos, de los cuales descontaron $12.688.304 de impuesto de estampilla, que se asumieron en el presupuesto en el rublo de alojamiento generando un mayor valor descontable del monto total facturado por Alojamiento de menos ($838.301).* *Presentamos la plantilla presupuestal del mes, cuadro de erogaciones por rublo y el presupuesto general con saldo en bancos $24.060.397.*

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 02 de Octubre del 2024.

Contratista.

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

Jefe de oficina responsable.

Nombre: 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 Agosto del 2024		Hasta:	28 de Septiembre del 2024

2. ACTIVIDADES EJECUTADAS		
Ítem	Objetivo / Entregable	Actividad
1	Entrega de tres raciones alimentarias a las 35 personas adultas mayores beneficiarias.	*Presentamos el listado de Adultos Mayores del mes de Septiembre 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 Agosto de 2024 hasta el 28 de Septiembre de 2024. Correspondiente a Diez mujeres (10) y Veinte (20) hombres para un total de Treinta (30) Adultos Mayores en el presente informe..*
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 Agosto 29 de 2024. Hasta el 28 de Septiembre de 2024. El informe presenta el Estado General a nivel médico, nutricional y psicosocial por adulto mayor. Encontramos 30 adultos mayores, Representados en Sala de hombres veinte (20) hombres y en Sala de Mujeres Diez (10) mujeres, dentro de cada información se encuentra:*
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 Octubre serán atendidos diez y seis (16) adultos mayores, de los cuales dos serán atendidos en el centro de salud de San Luis, por medicina interna. Cinco en el Hospital Departamental, por psiquiatría y nueve serán atendidos por medicina general domiciliaria en el Hogar del anciano. Se Adjunta el cronograma..*
4	Elaborar un informe que dé cuenta de las actividades recreativas durante el mes.	*Presentamos el cronograma de actividades recreativas desarrolladas entre el 29 de Agosto de 2024 y el 28 de Septiembre de 2024, describiendo la fecha de las actividades, nombre de la actividad, los objetivos y la descripción de cada una de las actividades. En éste periodo se llevaron a cabo actividades como: El día del Adulto Mayor, Bingo, Cumpleaños de los Adultos Mayores, Integración para el personal que labora en el Hogar, Ejercicios para miembros superiores, ponemos a prueba su puntería, Feliz día del amor y la amistad, rumba terapia.*
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 realizó el análisis del estado cognitivo para medir estado de memoria, concentración, liberación del estrés, emociones, contacto con el otro. En Actividades grupales se trabajó la concentración, comprensión lectora y la agilidad mental entre otros.* *En las actividades Terapéuticas sirven para que el adulto mayor mantenga la movilidad, la fuerza muscular y el equilibrio junto con la coordinación de desplazamiento. Las actividades que se desarrollaron fueron lúdicas, recreativas, terapia física, y esparcimiento.*

6	Elaborar informe financiero de la ejecución del contrato.	*El valor del presupuesto es de $704.905.706 de los cuales se ha recibido de la Gobernación Departamental $408.845.309 pesos y se han erogado $384.521.662, el saldo a favor del presente informe es de $296.060.397 por aplicar.* *Para el Desembolso número 4, adjuntamos el tercer informe correspondiente de Agosto 29 de 2024 a Septiembre 28 de 2024, los gastos de este periodo fueron de $103.384.296 pesos se recibieron $197.373.597 pesos, de los cuales descontaron $12.688.304 de impuesto de estampilla, que se asumieron en el presupuesto en el rublo de alojamiento generando un mayor valor descontable del monto total facturado por Alojamiento de menos ($838.301).* *Presentamos la plantilla presupuestal del mes, cuadro de erogaciones por rublo y el presupuesto general con saldo en bancos $24.060.397.*

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 02 de Octubre del 2024.

Contratista.

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

Jefe de oficina responsable

Nombre: JOHANA WILCHES DIMAS
Secretaria de Desarrollo Social

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

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 Especifica 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 Especifica RB ESTAMPILLA PRO BIENESTAR ADULTO MAYOR	553.173.304,00
	TOTAL CERTIFICADO	704.905.706,00

ELKIN JOSE GRAU ROJANO
Profesional Especializado

Elaborò: JUANC

San Andrés Isla, Octubre 02 de 2024

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

Asunto: FACTURA DE VENTA FHA- 4

Saludo de Paz y Bien:

Adjunto A la presente la Factura FHA-4 por valor de $98.686.799 correspondiente a (1) UN mes de ejecución del valor del contrato CO1PCCNTR6363944. Como Desembolso 4, Según Acta de Inicio, de Mayo 29 de 2024. CDP 2607 - RP 2637 – de la Fundación hogar del anciano del 29 de Agosto al 28 de Septiembre 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
hernanweb63@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FHA 4

Señores	GOBERNACION DEPARTAMENTAL ARCHIPIELAGO SAN ANDRES Y PROVIDENCIA		
NIT	892.400.038-2	**Teléfono**	(608) 5126457 - Ext. 000
Dirección	AV NEWBALL CORAL PALACE	**Ciudad**	San Andrés - Colombia

Fecha y hora Factura

Generación	02/10/2024, 10:51
Expedición	02/10/2024, 10:51
Vencimiento	02/10/2024

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestacion de servicios profesionales y tecnicos de atencion integral de dia y noche a 35 AM correspondiente al Desembolso 4 del 29 de Agosto de 2024 al 28 de septiembre de 2024.	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

Forma de pago:
Contado

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

Observaciones:

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: 882b8c439b817978c0e3aac72634c65f3a65e3c9ccb0282d07289400df860955685082399ce8f1ea97a5dbbdd29468cb

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

	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 Nº 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

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 892400452	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
2024-08	2024-09	890378176	9472726344	E	2024/09/10	2024/09/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$11,865,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E. INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				18	$4,828,700	$0	$0	$4,828,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$1,598,000	$0	$0	$1,598,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	11	$2,977,900	$0	$0	$2,977,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$252,800	$0	$0	$252,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$330,200	$0	$0	$330,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	19	$330,200	$0	$0	$330,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$1,227,600	$0	$0	$1,227,600
CAJASAI	CCF64	892,400,320	5	19	$1,227,600	$0	$0	$1,227,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				19	$3,944,300	$0	$0	$3,944,300
EPS SURA (ÁNTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$197,500	$0	$0	$197,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	13	$2,697,900	$0	$0	$2,697,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$352,400	$0	$0	$352,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$696,500	$0	$0	$696,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$920,700	$0	$0	$920,700
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	19	$920,700	$0	$0	$920,700
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$614,200	$0	$0	$614,200
SENA	PASENA	899,999,034	1	19	$614,200	$0	$0	$614,200
TOTAL				19	$11,865,700	$0	$0	$11,865,700

2024/09/19 10:45 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
2024-08	2024-09	890378176	9472726344	E	2024/09/10	2024/09/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$11,863,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSIÓN			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (19 Afiliados)							$30,175,683	$4,828,700			$31,548,583	$3,944,300			$30,672,343	$1,227,600			$31,548,583	$330,200		$30,672,343	$1,534,900
Centro de Trabajo: NIVEL 2 (19 Afiliados)							$30,175,683	$4,828,700			$31,548,583	$3,944,300			$30,672,343	$1,227,600			$31,548,583	$330,200		$30,672,343	$1,534,900
Ciudad: SAN ANDRES Depto: SAN ANDRES (19 Afiliados)							$30,175,683	$4,828,700			$31,548,583	$3,944,300			$30,672,343	$1,227,600			$31,548,583	$330,200		$30,672,343	$1,534,900
1	CC	42366484	ARRIETA GOMEZ NANCY EDIT		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF64	30	$563,760	$22,600	14-23	30	$1,300,000	$13,000	30	$563,760	$28,300
2	CC	1122622849	BANQUEZ CORPUS JENNIFER JUSETT		25-14	30	$3,049,310	$487,900	EPS037	30	$3,049,310	$381,200	CCF64	30	$3,049,310	$122,000	14-23	30	$3,049,310	$31,900	30	$3,049,310	$152,500
3	CC	40993352	BARKER CANENCIA YOLIMA YIDIO		230301	30	$1,445,800	$231,400	EPS037	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
4	CC	40987372	BENT JAY CARMELINDA		25-14	30	$1,409,350	$225,500	EPS041	30	$1,409,350	$176,200	CCF64	30	$1,409,350	$56,400	14-23	30	$1,409,350	$14,800	30	$1,409,350	$70,500
5	CC	1081114128	BENT SMITH JOERGSEN WARREN		230301	30	$1,583,250	$253,700	EPS005	30	$1,589,250	$198,200	CCF64	30	$1,589,250	$63,500	14-23	30	$1,589,250	$16,600	30	$1,589,250	$79,400
6	CC	40987573	BENT ARCHBOLD LAURA DEBORAH		25-14	30	$1,409,350	$225,500	EPS041	30	$1,409,350	$176,200	CCF64	30	$1,409,350	$56,400	14-23	30	$1,409,350	$14,800	30	$1,409,350	$70,500
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 GUEFFE YERLIS ISABEL		230301	30	$2,586,153	$413,800	EPS005	30	$2,586,153	$323,300	CCF64	30	$2,586,153	$103,500	14-23	30	$2,586,153	$27,000	30	$2,586,153	$129,400
9	CC	18008953	ESCALONA MARTINEZ STEVE ALLAN		230301	30	$1,662,120	$266,000	EPS037	30	$1,662,120	$207,800	CCF64	30	$1,662,120	$66,500	14-23	30	$1,662,120	$17,400	30	$1,662,120	$83,200
10	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
11	CC	39152303	HERNANDEZ SAMIS DEMA		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
12	CC	20586725	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
13	CC	32727436	MORRON CHARRIS ELSA ESTHER		230301	30	$1,615,900	$258,600	EPS037	30	$1,615,900	$202,000	CCF64	30	$1,615,900	$64,700	14-23	30	$1,615,900	$16,900	30	$1,615,900	$80,900
14	CC	1140822752	NARANJO WIESNER VICTORIA EUGENIA		230301	30	$2,584,250	$413,500	EPS037	30	$2,584,250	$323,100	CCF64	30	$2,584,250	$103,400	14-23	30	$2,584,250	$27,000	30	$2,584,250	$129,300
15	CC	40991304	NELSON ARCHBOLD ETSIL		230301	30	$1,385,050	$221,700	EPS037	30	$1,385,050	$173,200	CCF64	30	$1,385,050	$55,500	14-23	30	$1,385,050	$14,500	30	$1,385,050	$69,400
16	CC	40987570	PATRICIO HOOKER ANA ELIZABETH		25-14	30	$1,482,250	$237,200	EPS037	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
17	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
18	CE	39154121	PUELLO SANTOS MARTHA ISABEL			0	$0	$0	EPS037	30	$1,372,900	$171,700	CCF64	30	$1,372,900	$55,000	14-23	30	$1,372,900	$14,400	30	$1,372,900	$68,700
19	CC	54610479	VALENCIA QUINTERO ELIS ELENA		230301	30	$1,579,450	$252,800	EPS010	30	$1,579,450	$197,500	CCF64	30	$1,579,450	$63,200	14-23	30	$1,579,450	$16,500	30	$1,579,450	$79,000
Total	**Afiliados(19)**						$30,175,683	$4,828,700			$31,548,583	$3,944,300			$30,672,343	$1,227,600			$31,548,583	$330,200		$30,672,343	$1,534,900

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 4.

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, Octubre 02 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 4.***

Paz y Bien;

Me permito remitirle el informe, sobre la ejecución del contrato CO1PCCNTR.6363944 como el DESEMBOLSO 4.
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 4. Del 29 de Agosto de 2024 hasta el 28 de Septiembre 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, Octubre 02 de 2024

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

Asunto: INFORME **DESEMBOLSO 4.** CO1PCCNTR6363944

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

Me permito adjuntar la documentación correspondiente al INFORME DESEMBOLSO 4 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 4:***
Equivalente a la Ejecución del contrato, del 29 de Agosto hasta el 28 de Septiembre de 2024, como tercer 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 Septiembre 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 Agosto de 2024 hasta el 28 de Septiembre 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 Septiembre y los formatos de ración alimentaria de Diez mujeres (10) y Veinte (20) hombres para un total de Treinta (30) Adultos Mayores en el presente informe.

LISTA DE ADULTOS MAYORES AL MES DE SEPTIEMBRE 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	85	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	PAJARO CAMPO JOSE CONCEPCIÓN	MASCULINO	8/12/1945	76	9088849	16/09/1970	DHTA, DIABETES TIPO II
23	PINEDA DIAZ ADOLFO	MASCULINO	22/02/1945	79	15240696	22/05/1973	DHTA, DIABETES TIPO II
24	PULIDO ONOFRE	MASCULINO	27/03/1946	77	17143359	27/05/1946	HTA
25	QUINN BRITTON HAZEL ELIZABETH	FEMENINO	12/01/1951	73	23248729	22/12/1977	DEMENSIA SENIL
26	SUAREZ TORRES EDUARDO ENRIQUE	MASCULINO	31/12/1939	83	10790549	18/12/1961	HTA, ANEMIA
27	TAYLOR BRYAN SHEILA LAURA	FEMENINO	30/04/1952	72	39150540	27/08/1973	TROMBOSIS, HTA, DIAV
28	TAYLOR FLOREZ RUBY ALBA	FEMENINO	5/12/1934	88	29208822	6/03/1959	ALZAHIMER
29	WELCOME LAMBSON ELBA TERESA	FEMENINO	14/09/1945	78	23247590	2/01/1970	DHTA, DIABETES TIPO II
30	ZAMORA BERNAL MERCEDES DEL CARMEN	FEMENINO	17/02/1930	94	20201096	17/10/1961	PARKINSON, C.A PIEL
	20 HOMBRES	10 MUJERES					

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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 AROSTÓLICO
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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: BARRIENTOS LUIS ALFONSO
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 6555759
9. SEXO: M X F__ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 14/12/1941
10. PESO: 58.8
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

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

PRIMERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

SEGUNDA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: BOWE BRANDT DINA
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _X__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 40993760
9. SEXO: M__ F_X_ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 03/02/1957
10. PESO: ____125.1_____
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

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

PRIMERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



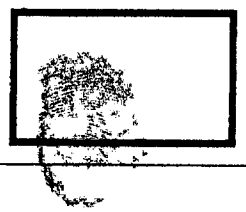
CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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: 73 FECHA DE NACIMIENTO: 24/07/1951
10. PESO: 54
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

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

PRIMERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :



	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 10 de 60

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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: 85 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) :

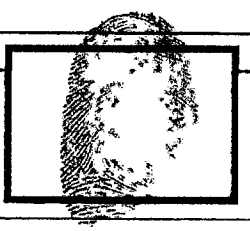


SEGUNDA SEMANA

	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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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 Díaz
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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



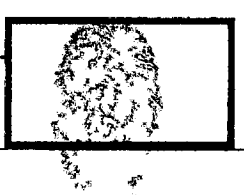
QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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

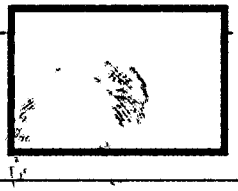
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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 8	DIA 9	DIA 10	DIA 11	DIA 12	DIA 13	DIA 14
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 28 de 60

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :

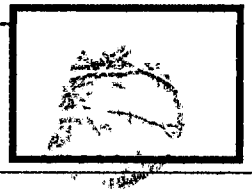


SEGUNDA SEMANA

	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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :

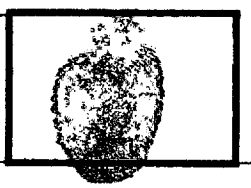


SEGUNDA SEMANA

	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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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: 79 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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



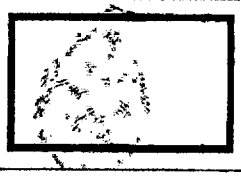
CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :

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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



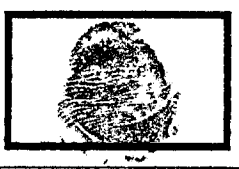
CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



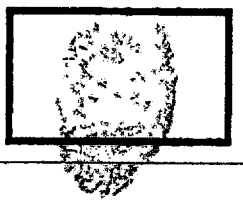
CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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: 16/10/1941
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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



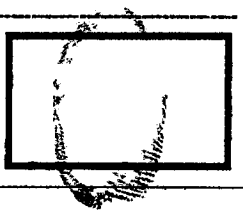
CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :

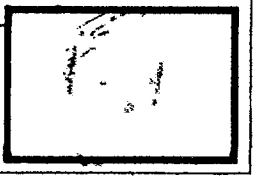


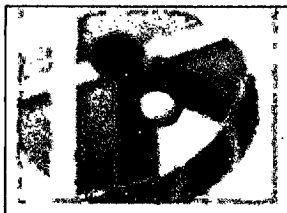
SEGUNDA SEMANA

	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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

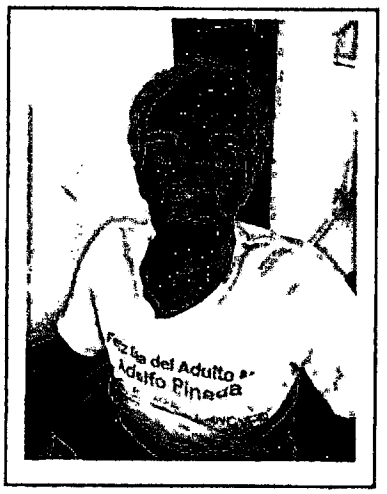
_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Adolfo Pineda Díaz
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 15240296
9. SEXO: M_x_ F__ EDAD: 79 FECHA DE NACIMIENTO: 22/02/1945
10. PESO: 48 KG
11.



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

12. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

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

PRIMERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



SEGUNDA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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

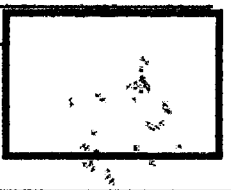
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

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

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 28/09/2024
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) :

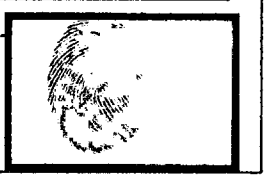


SEGUNDA SEMANA

	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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) __28/09/2024__
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: __80___ 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

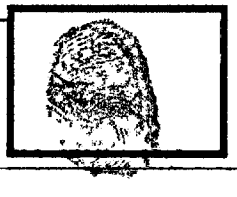
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

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) :

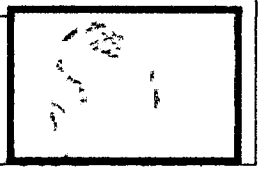


SEGUNDA SEMANA

	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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



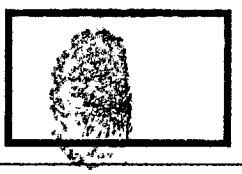
CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :

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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :

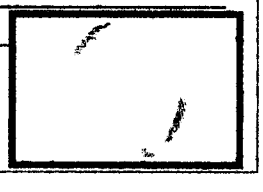


SEGUNDA SEMANA

	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) :



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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 28/09/2024
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) :

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

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

TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES:

Firma o Huella del Beneficiario (a)



CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES:



Firma o Huella del Beneficiario (a)

QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES:

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

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 Agosto 29 de 2024. Hasta el 28 de Septiembre de 2024. El informe presenta el Estado General a nivel médico, nutricional y psicosocial por adulto mayor.

Encontramos 30 adultos mayores, Representados en Sala de hombres veinte (20) hombres y en Sala de Mujeres Diez (10) 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: AGOSTO 28 AL 28 SEPTIEMBRE 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 • 29 de septiembre del año 2024 se recoge la tercera 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 • 29 de septiembre del año 2024 se recoge la tercera 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 el14 septiembre se le realiza cambios de medicamentos levopramizina se la cambio por alprazolam 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
- 29 de septiembre del año 2024 se recoge la tercera 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
- 29 de septiembre del año 2024 se recoge la tercera entrega de pañales en la farmacia de Cafam.
- Pendiente valoración por neurología y el medico que lo atendió en la ciudad de Bogotá le suspende antihipertensivo.



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.
- Asiste a valoración por urología 11 de septiembre del presente año quien indica procedimiento en la ciudad barranquilla



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
- 29 de septiembre del año 2024 se recoge la tercera entrega de pañales en la farmacia de Cafam.
- Pendiente valoración por nefrología por parte del hospital

	**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 • 29 de agosto del año 2024 se recoge la tercera 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 • 29 de septiembre del año 2024 se recoge la tercera 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
- 29 de septiembre del año 2024 se recoge la tercera 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 • 29 de septiembre del año 2024 se recoge la tercera entrega de pañales en la farmacia de Cafam.
	**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 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 • 29 de agosto del año 2024 se recoge la tercera 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. • El día 22 de septiembre asiste a brigada de salud en compañía de cuidadora y es valorada por medicina interna quien indica tratamiento a seguir.
	**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. • Las hermanas el día 21 de septiembre reclaman medicamento de tratamiento de la señora en mención.

PLANTA BAJA

	**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 14 de septiembre 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. A la espera del control por medicina general.

	**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. • 24 de septiembre es operado de circuncisión en el hospital clarence Newball en las horas de la mañana 8 am, se encuentra en recuperación en casa de su hija.
	**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. A la espera de la valoración por medicina general.

Hna. Elba Restrepo
Gestor 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: Via 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 ATENCIÓN EN SALUD 2024:

Presentamos el cronograma en atención en salud, gestionado entre el 29 de Agosto y el 28 de Septiembre el cual, 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 Octubre serán atendidos diez y seis (16) adultos mayores, de los cuales dos serán atendidos en el centro de salud de San Luis, por medicina interna. Cinco en el Hospital Departamental, por psiquiatría y nueve serán atendidos por medicina general domiciliaria en el Hogar del anciano. Se Adjunta el cronograma.

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD 2024

NOMBRE	ESPECIALIDAD	FECHA	HORA	LUGAR
MERCEDES ZAMORA	MEDICINA INTERNA	05-10-24	8:30 AM	CENTRO DE SALUD SAN LUIS
SILVIA NEGRETE	MEDICINA INTERNA	05-10-2024	8:00 AM	CENTRO DE SALUD SAN LUIS
ALVARO DELGADO	PSIQUIATRIA	17-10-24	2:00 PM	HOSPITAL
DINA BOWIE	PSIQUIATRIA	17-10-24	2:30 P.M	HOSPITAL
SILVIA NEGRETE	PSIQUIATRIA	17-10-24	3:00 P.M	HOSPITAL
MERCEDES ZAMORA	PSIQUIATRIA	17-10-24	3:30 P.M	HOSPITAL
GREGORIO LEAL	PSIQUIATRIA	17-10-24	4:00 P.M	HOSPITAL
JOSE MANUEL CARDONA	MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA	25-09-24	8:00 AM	HOGAR SAN PEDRO CLAVER
LINO BRTTON	MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA	25-10-24	8:30 AM	HOGAR SAN PEDRO CLAVER
NELDA MITCHEL POMIER	MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA	25-10-24	9:00 AM	HOGAR SAN PEDRO CLAVER
RUBY TAYLOR	MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA	25-10-24	9:30 AM	HOGAR SAN PEDRO CLAVER
CARLOS ARCHBOL	MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA	25-10-24	10:00 AM	HOGAR SAN PEDRO CLAVER
ADOLFO PINEDA	MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA	25-10-24	10:30 AM	HOGAR SAN PEDRO CLAVER
EDUARDO SUAREZ	MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA	25-10-24	11:00 AM	HOGAR SAN PEDRO CLAVER
DINA BOWIE	MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA	25-10-24	11:30 AM	HOGAR SAN PEDRO CLAVER
GREGORIO LEAL	MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA	25-10-24	12:00 PM	HOGAR SAN PEDRO CLAVER

VICTORIA NARANJO W.
Enfermera Jefe

ELBA INTENCIPA SARMIENTO
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 Agosto de 2024 y el 28 de Septiembre 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: El día del Adulto Mayor, Bingo, Cumpleaños de los Adultos Mayores, Integración para el personal que labora en el Hogar, Ejercicios para miembros superiores, ponemos a prueba su puntería, Feliz día del amor y la amistad, rumba terapia.

CELEBRACION DEL DIA DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

SAN ANDRES ISLA

28 DE AGOSTO 2024

CELEBRACION DEL DIA DEL ADULTO MAYOR

En Colombia, desde 1990, el último domingo de agosto se celebra el Día del adulto Mayor con el fin de evidenciar y reconocer la importancia de los adultos y adultas mayores en la sociedad

El 14 de diciembre de 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas, a través de la resolución 45/106, designó el 1 de octubre Día Internacional de las Personas de Edad.

Este día se celebra todos los años para reconocer las contribuciones de las personas mayores y examinar las cuestiones que afectan a sus vidas. Este día ofrece una oportunidad para reconocer la contribución, la sabiduría, la dignidad y las necesidades de nuestros ciudadanos mayores y para redoblar nuestros esfuerzos para garantizar su bienestar.

La **FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER,** celebra este día con diferentes actividades lúdicas, recreativas y de compartir con refrigerios, almuerzo, regalos y ropa de estrene y acompañamiento de un grupo musical durante la jornada de la tarde y con apoyo de nuestro equipo de personal que trabajan con la Fundación. Nuestros Adultos Mayores estuvieron muy felices. **¡FELIZ DIA DL ADULTO MAYOR!**

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

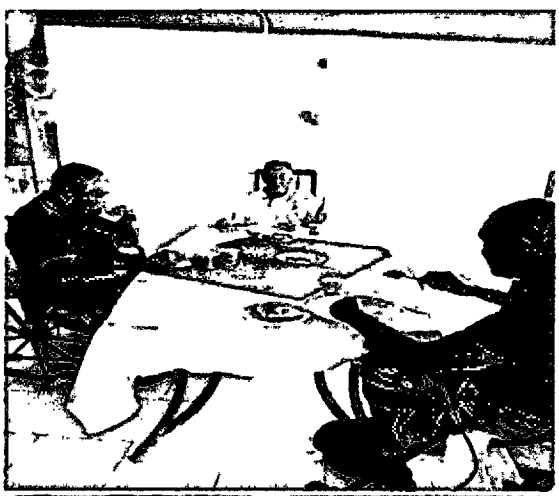
CELEBRACION DIA DEL ADULTO MAYOR

NIT: 892400442-5

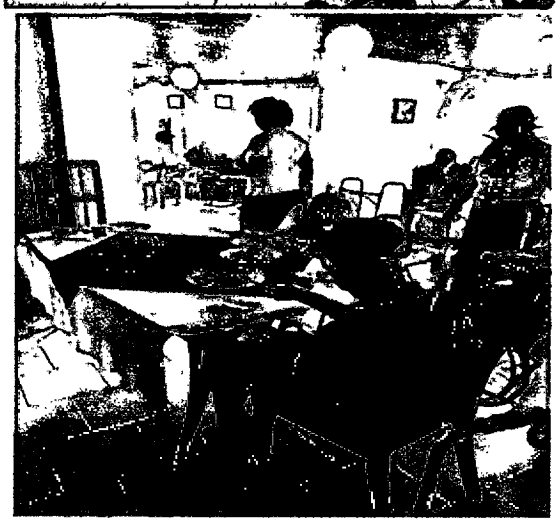








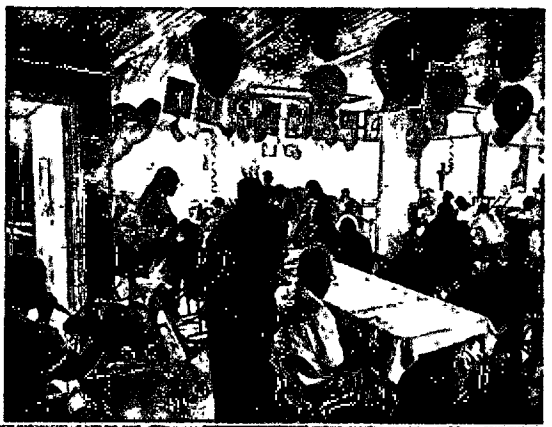
















HNA. ELBA ELINA INTENCIPA SARMIENTO
JEFE DE PERSONAL

FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	INFORME DE ACTIVIDADES	RECREACIONISTA

REPORTE DE ACTIVIDADES

PERIODO DEL INFORME **29 DE AGOSTO AL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2024**

OBJETIVOS Y FECHAS	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
29 DE AGOSTO DEL 2024 ➧ **GRAN FESTEJO DEL DIA DEL ADULTO MAYOR.** ➢ El mejor regalo para nuestros adultos mayores siempre será estar cerca. Dedicarles tiempo, recuérdeles lo mucho que los ama, ¡Más presencia humana!	se establecen fechas para diferentes celebraciones, cualquier momento es oportuno para dedicar a personas tan importantes para la historia de nuestras sociedades y especialmente de nuestras vidas.  

30 DE AGOSTO DEL 2024

- **¡BINGO!**

  - favorecer la estimulación cognitiva y la socialización. para retrasar el deterioro que provoca el alzhéimer.

promueve la coordinación de las manos y de la vista, mejora la atención, la concentración y el tiempo de reacción. Además, el bingo también ayuda a repasar el lenguaje matemático, reteniendo los diferentes números que se van cantando.



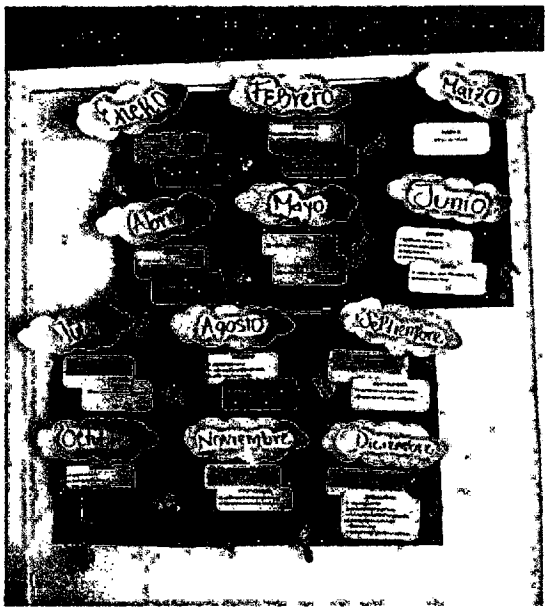


03 DE SEPTIEMBRE DEL 2024

- **¡CUMPLEAÑOS FELIZ!**

  - Actualización y realización de una cartelera coloridas, describiendo los cumpleaños de los adultos en nuestro hogar y nuestro personal que labora en el hogar San Pedro Claver.

Los cumpleaños son una oportunidad para expresar gratitud, reconocer el crecimiento y celebrar la vida. Son un momento para rodearnos de seres queridos, construir conexiones más profundas y experimentar la alegría de la conexión humana.



05 DE SEPTIEMBRE DEL 2024

- **INTEGRACIÓN PARA EL PERSONAL QUE LABORA EN EL HOGAR SAN PEDRO CLAVER.**

La integración laboral fomenta grupos de trabajo inclusivos en los que las personas son valoradas por sus conocimientos y respetadas más allá de condición física y preferencias.



10 DE SEPTIEMBRE DEL 2024

- **EJERCICIOS PARA MIEMBRO SUPERIOR.**
  - Favorecer la movilidad articular, evitar la descalcificación y desmineralización ósea.

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



12 DE SEPTIEMBRE DEL 2024

- **PONEMOS A PRUEBA LA PUNTERIA.**
  - Actividades óculo-manual, fortaleciendo el equilibrio y recordando actividades de la infancia.

Cada adulto mayor contará con un numero de tapitas y en medio se encontraba una canasta, cada adulto mayor estará ubicado alrededor de la canasta, la actividad consiste en realizar lanzamientos con el objetivo de insertar dichas tapitas dentro de la canasta.





20 DE SEPTIEMBRE DEL 2024

- **¡FELIZ DIA DEL AMOR Y LA AMISTAD!**
  - Una mañana para compartir.

La amistad, significa el acompañamiento de alguien en quien confiar, lo que conlleva a una implicación emocional, las situaciones de estrés se reducen y ayudan a mantener la salud física y psicológica de las personas.



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

25 DE SEPTIEMBRE DEL 2024

Por medio de la música y con el objetivo de ejercitar el cuerpo de una forma recreativa, esta actividad también nos ayudará a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

- **RUMBATERAPIA**
  - Reducir el riesgo de formación de coágulos, embolias, disminución de infartos de miocardio.



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: Vía 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 Agosto de 2024 hasta el 28 de Septiembre de 2024. Así:

En las actividades Psicológicas se realizó el análisis del estado cognitivo para medir estado de memoria, concentración, liberación del estrés, emociones, contacto con el otro. En Actividades grupales se trabajó la concentración, comprensión lectora y la agilidad mental entre otros.

En las actividades Terapéuticas sirven para que el adulto mayor mantenga la movilidad, la fuerza muscular y el equilibrio junto con la coordinación de desplazamiento. Las actividades que se desarrollaron fueron lúdicas, recreativas, terapia física, y esparcimiento.

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

INFORME 4

ACTIVIDADES REALIZADAS PSICOLOGA

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

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 psicología.	
Actividad de integración con personal que labora en diferentes áreas de la casa hogar, se realizo salida a cine de la isla, ubicado en zona céntrica, en la cual el objetivo principal era la integración fuera de la jornada laboral, actividad que ayuda a disminuir el estrés, liberar emociones y tener contacto con compañeros desde otra perspectiva.	

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

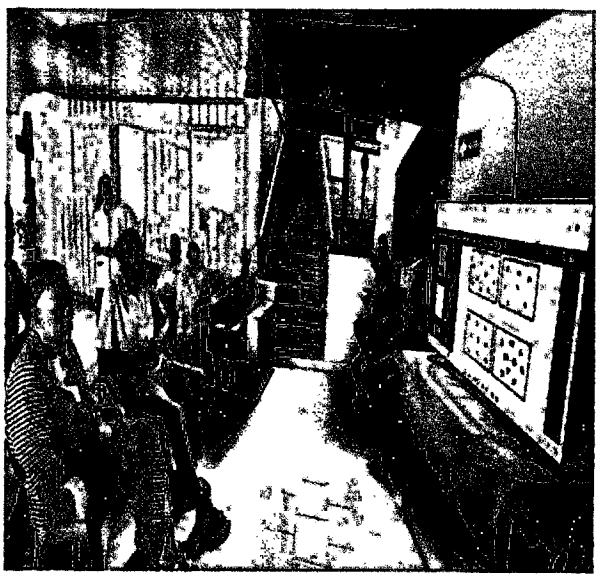
Se realiza atención e intervención en psicología con adulto mayor, en la cual realizamos análisis de su estado cognitivo en actividades donde trabajamos memoria, concentración.

se recomienda continuar con trabajo continuo al menos 2 veces al mes, correspondiente con el área psicología.



Actividad grupal con adultos mayores en la cual se integro con aproximadamente 15 de ellos, en el cual el objetivo principal es realizar ejercicio mentales los cuales nos ayudan a mejorar la perdida de memoria, ejercitarla, prevenir enfermedades cognitivas.

La actividad desarrollada se proyecta en la televisión en la cual deben encontrar y armar diferentes imágenes las cuales hacen parte de la actividad, la participación fue favorable y la mayoría de los participantes lograron el objetivo , el cual era ejercitar la memoria por medio de esta actividad.



FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Apoyo en actividad grupal realizada por la gobernación departamental en la cual se conto con varios profesionales de la salud en la cual se integraron todos los adultos mayores, esta actividad tuvo como finalidad hablar temas de interés como lo son la alimentación en la vejez, la salud oral, entre otros.

Se realizo actividad lúdica con adultos mayores en la cual se intervino colaborando con esta.

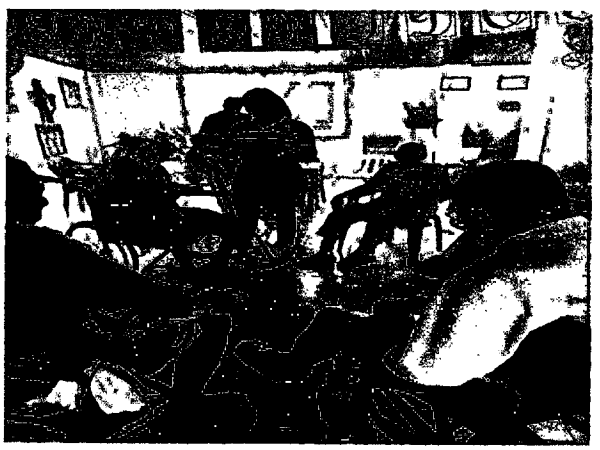


Se realiza actividad de destreza mental con adulto mayor en la cual corresponde realizar varios talleres escritos los cuales le ayudan con la coordinación, concentración .

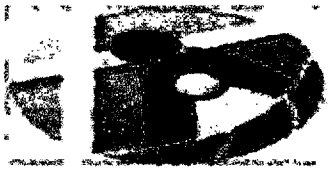
Dentro de las valoraciones psicológicas en adultos mayores se recomiendan este tipo de actividades para mejorar capacidades cognitivas.



FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Apoyo en actividad grupal por parte de psicología en la cual se realizo taller en el cual con ayudas pudimos intervenir con todos los adultos mayores en las diferentes actividades, en este taller se resalta la participación de cada uno de los adultos mayores y la empatía hacia los compañeros que por alguna condición no podían ejecutar de manera correcta en la actividad. La finalidad de esta actividad es la integración y el conocimiento mismo de cada uno de los integrantes de una manera más activa y creativa.	
Actividad grupal en la cual trabajamos la concentración, la compresión lectora, la agilidad mental , entre otros. Este tipo de actividades favorecen y ejercitan el cerebro de los adultos mayores, lo cual es recomendado para una buena salud mental, en la actividad se evidenciaron muy participativos y el avance al realizar este tipo de actividades cada semana.	

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 septiembre del año 2024.



FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Karen Causil

Karen Lorena Causil
CC 1123631533
TP 260102



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 agosto de 2024	Hasta:	28 de septiembre 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)

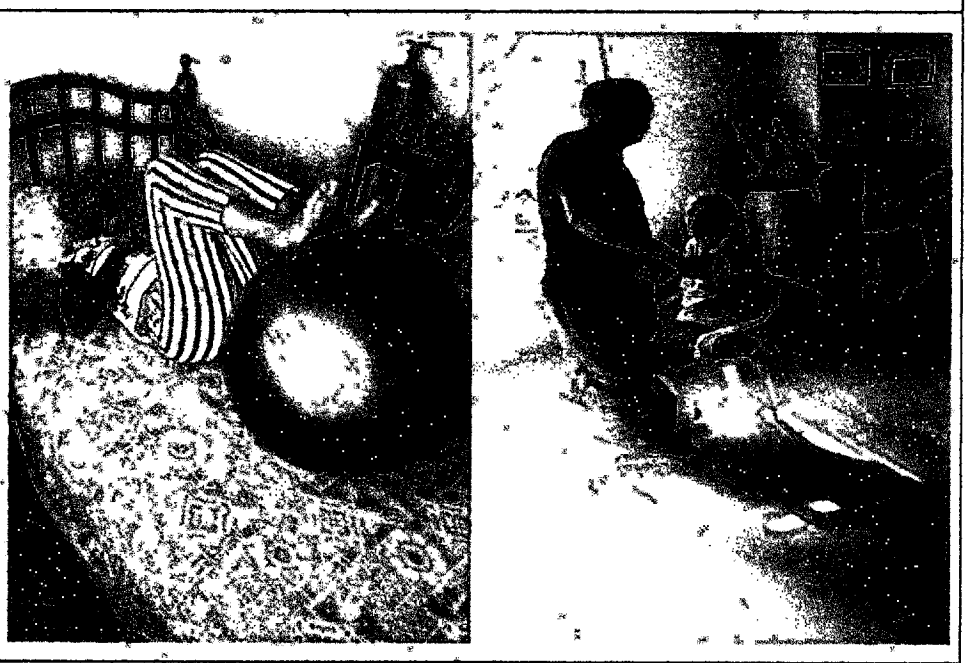
FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

1	**ACTIVIDAD** DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO Se realiza actividad de día del adulto mayor, donde se ejecutó actividades lúdico-recreativas con todos los usuarios del hogar (bingo, bailes y juegos de mesa, regalos y sorpresas) 1 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA 

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

	ACTIVIDA
2	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO. Se realiza sesión de terapia física al adulto mayor del hogar san pedro Claver (LUIS ALFONSO BARRIENTOS) 2 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA 

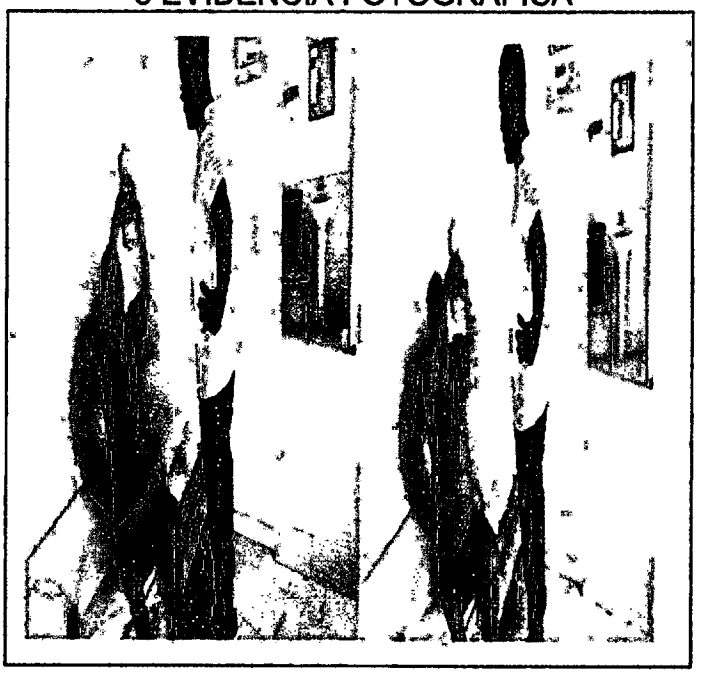
FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

	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 (SHEILA TEYLOR BRIAN) 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 (JOSE CARDONA) 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 (ARGEMIRO HERNANDEZ) 5 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA 

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

	ACTIVIDAD
6	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 (ANA LUISA DIAZ) 6 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA 

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

	ACTIVIDAD
7	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 (RUBY TAYLOR FLORE) 7 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA 

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

	ACTIVIDAD
8	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO Se realiza actividad en el hogar de amor y amistad, donde se realizaron actividades lúdico-recreativas e intercambiaron detalles 8 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA 

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe a los 25 días de septiembre de2024.

Saul Barrios M

Contratista
Saúl Barrios Marimon

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:*

El valor del presupuesto es de $704.905.706 de los cuales se ha recibido de la Gobernación Departamental $408.845.309 pesos y se han erogado $384.521.662, el saldo a favor del presente informe es de $296.060.397 por aplicar.

Para el Desembolso número 4, adjuntamos el tercer informe correspondiente de Agosto 29 de 2024 a Septiembre 28 de 2024, los gastos de este periodo fueron de $103.384.296 pesos se recibieron $197.373.597 pesos, de los cuales descontaron $12.688.304 de impuesto de estampilla, que se asumieron en el presupuesto en el rublo de alojamiento generando un mayor valor descontable del monto total facturado por Alojamiento de menos ($838.301).

Presentamos la plantilla presupuestal del mes, cuadro de erogaciones por rublo y el presupuesto general con saldo en bancos $24.060.397.

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

TERCER INFORME
PLANTILLA PRESUPUESTAL
CONTRATO CO1.PCCNTR.6363944
DE AGOSTO 29 DE 2024 ASEPTIEMBRE 28 DE 2024

FECHA	EGRESO	NOMBRE DEL PROVEEDOR	ODP	VALOR APROPIADO	VALOR ABONADO
SEP 29-2024	2272	NOMINA EMPLEADOS DE AGOSTO 2024	20240925	$ 35,022,593	
SEP 04-2024	2276	APORTES EN LINEA SALUD SEPTIEMBRE 2024	20240926	$ 11,865,700	
SEP 06- 2024	5546	GOBERNACION DEPART. FVHA2 JULIO 2024	20240927	$ 6,344,153	$ 98,686,799
SEP 13-2024	5563	GOBERNACION DEPART. FVHA3 AGOSTO 2024	20240928	$ 6,344,151	$ 98,686,798
SEP 26-2024	2292	KAREN CAUSIL SERV PSICOLOGIA AGO 29 SEP 28	20240929	$ 1,712,000	
SEP 26-2024	2293	DELFIS SIERRA. SERV RECREACION AGO29 SEP28	20240930	$ 1,712,000	
SEP 26-2024	2294	SAUL BARRIOS. SERV FISIOTERAPEUTA AG29 SE28	20240931	$ 1,712,000	
SEP28-2024	CXC SEP28	SERV ALOJAMIENTO AM 30 $395.000 C/U	20240932	-$ 838,301	
SEP28-2024	CXC SEP28	SERV ALIMENTACION AM 30 A $43.900 C/U.	20240933	$ 39,510,000	

VALOR TOTALES POR COLUMNA	**$ 103,384,296**	**$ 197,373,597**
VALORES PRIMER INFORME	**$ 170,085,393**	**$ 211,471,712**
VALORES SEGUNDO INFORME	**$ 111,051,973**	**$ -**
TOTAL DE LAS EROGACIONES Y ABONOS	**$ 384,521,662**	**$ 408,845,309**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 704,905,706	$ 704,905,706
DIFERENCIAS POR APROPIAR Y ABONAR	**$ 320,384,044**	**$ 296,060,397**

PLANTILLA PRESUPUESTAL
CONTRATO CO1.PCCNTR.6363944
DE MAYO 29 DE 2024 AL 28 DE NOVIEMBRE DE 2024

RUBLO	NOMBRE DEL PROVEEDOR	MAYO 29 A JULIO 28 / 2024			JLO29 A AGO28	AGO29 A SEP28			TOTAL ACUMULADO
8.1	**RECURSO HUMANO**								
8.1.1	NOMINA DE PLANTA	$ 6,491,693	$ 32,533,530		$ 33,142,970	$ 35,022,593			$ 107,190,786
8.1.2	SEGURIDAD SOCIAL		$ 6,330,000	$ 11,167,500	$ 11,049,800	$ 11,865,700			$ 40,413,000
8.1.3	PRESTACIONES SOCIALES								$ -
8.1.4	SERVICIOS PROFESIONALES		$ 5,136,000	$ 5,136,000	$ 5,136,000	$ 5,136,000			$ 20,544,000
8.1	**TOTAL RECURSO HUMANO**	$ 6,491,693	$ 43,999,530	$ 16,303,500	$ 49,328,770	$ 52,024,293	$ -	$ -	$ 168,147,786
8.2	**SERVICIO DE ALOJAMIENTO**								
8.2.1	HABITACION DIARIA MES		$ 11,850,000	$ 11,981,670	$ 12,284,503	$ 11,850,003			$ 47,966,176
8.2	**TOTAL SERVICIO ALOJAMIENTO**	$ -	$ 11,850,000	$ 11,981,670	$ 12,284,503	$ 11,850,003	$ -	$ -	$ 47,966,176
8.3	**SERVICIO DE ALIMENTACION**								
8.3.1	TRES RACIONES DIARIAS MES		$ 39,510,000	$ 39,949,000	$ 40,958,700	$ 39,510,000			$ 159,927,700
8.3	**TOTAL SERVICIO ALIMENTACION**	$ -	$ 39,510,000	$ 39,949,000	$ 40,958,700	$ 39,510,000	$ -	$ -	$ 159,927,700
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	$ 68,234,170	$ 111,051,973	$ 103,384,296	$ -	$ -	$ 384,521,662

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

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

Nit. 892.400.442-5

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

				RECURSOS PROPIOS	ALOJAMIENTO	ALIMENTACION	ATENCION A.M.	TOTALES APROPIADOS	ABONOS DESARROLLO	SALDO BANCARIO
FECHA	**EGRESO**	**NOMBRE DEL PROVEEDOR**	**ODP**	**$ 336,905,706**	**$ 82,950,000**	**$ 276,570,000**	**$ 8,480,000**	**$ 704,905,706**		**$ -**
JNO 4-2024	2201	NOMINA EMPLEADOS DE MAYO 2024	202406001	$ 6,491,693				$ 6,491,693		-$ 6,491,693
JNO 18-2024	6036	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 299 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	MAURICIO'S RESTAURANT DIA ADULTO MAYOR	20240823				$ 2,499,980	$ 2,499,980		-$ 69,165,634
AGO 28-2024	2268	LUZ ELENA RAMIREZ AMBIENTACION MUSICAL	20240824				$ 500,020	$ 500,020		-$ 69,665,654
AGO 29-2024	2272	NOMINA EMPLEADOS DE AGOSTO 2024	20240925	$ 35,022,593				$ 35,022,593		-$ 104,688,247
SEP 04-2024	2276	APORTES EN LINEA SALUD SEPTIEMBRE 2024	20240926	$ 11,865,700				$ 11,865,700		-$ 116,553,947
SEP 06-2024	5546	GOBERNACION DEPART. FVHA2 JULIO 2024	20240927		$ 6,344,153			$ 6,344,153	$ 98,686,799	-$ 24,211,301
SEP 13-2024	5563	GOBERNACION DEPART. FVHA3 AGOSTO 2024	20240928		$ 6,344,151			$ 6,344,151	$ 98,686,798	$ 68,131,346
SEP 26-2024	2292	KAREN CAUSIL. SERV PSICOLOGIA AGO 29 SEP 28	20240929	$ 1,712,000				$ 1,712,000		$ 66,419,346
SEP 26-2024	2293	DELFIS SIERRA. SERV RECREACION AGO29 SEP28	20240930	$ 1,712,000				$ 1,712,000		$ 64,707,346
SEP 26-2024	2294	SAUL BARRIOS. SERV FISIOTERAPEUTA AG29 SE28	20240931	$ 1,712,000				$ 1,712,000		$ 62,995,346
SEP28-2024	CXC SEP28	SERV ALOJAMIENTO AM 30 $395.000 C/U	20240932		-$ 838,301			-$ 838,301		$ 63,833,647
SEP28-2024	CXC SEP28	SERV ALIMENTACION AM 30 A $43.900 C/U.	20240933			$ 39,510,000		$ 39,510,000		$ 24,323,647
								$ -		$ 24,323,647
								$ -		$ 24,323,647
		TOTALES POR RUBLO		**$ 168,147,786**	**$ 47,966,176**	**$ 159,927,700**	**$ 8,480,000**	**$ 384,521,662**	**$ 408,845,309**	**$ -**
		SALDO POR APROPIAR		**$ 168,757,920**	**$ 34,983,824**	**$ 116,642,300**	**$ -**	**$ 320,384,044**	**-$ 408,845,309**	**$ 296,060,397**

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
Nit. 892.400.442-5
Convenio C.M

COMPROBANTE DE EGRESO
N° 02272

Ciudad	San Andres	Fecha	D 29	M Ago	A 2024.	VALOR $	32.422.529=

Pagado a Beneficio Empleados.

Por concepto de Nomina de Agosto Personal Cto COLPOCNTR6363144.

La suma de: (en letras) treinta y dos millones Cuatrocientos Veintidos mil Quinientos Veintinueve pesos m/L.

CONTABILIZADO

Código P.U.C.	Cuenta	Débitos	Créditos
	Salarios.	35.022.593	
	Salud		1.300.032
	Pension		1.300.032
	Caja Social		32.422.529

Elaborado: T Aprobado: J Contabilizado:

Cheque N° | Banco: Caja Social.

Sucursal | Efectivo ☐

Firma y Sello del Beneficiario

Relación

C.C. ☐ NIT. ☐ N°.

Fecha de recibido | D | M | A

HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

NIT 892.400.442-5

AGOSTO

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	1,140,822,752	VICTORIA EUGENIA NARANJO WIESNER	JEFE ENFERMERA	$ 2,584,250	30	$ 2,584,250		$ -	$ -	$ -	$ -	$ 2,584,250	$ 103,370	$ 103,370	$ -	$ 2,377,510	
3	42,356,484	NANCY EDITH ARRIETA GOMEZ	AUXILIAR ENFERMERA	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 145,800	$ -	$ 417,960	$ -	$ 2,183,760	$ 80,870	$ 80,870	$ -	$ 2,022,019	
4	1,043,010,651	YERLIS CABALLERO GUETTE	AUXILIAR ENFERMERA	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ -	$ -	$ 563,153	$ -	$ 2,183,153	$ 80,846	$ 80,846	$ -	$ 2,021,460	
5	1,123,628,249	JANNIFER JUSETY BANQUEZ	AUXILIAR ENFERMERA	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ -	$ 510,300	$ 746,010	$ -	$ 2,876,310	$ 108,572	$ 108,572	$ -	$ 2,659,165	
6	40,987,372	CARMELINDA BENT JAY	CUIDADORA	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 109,350	$ -	$ -	$ -	$ 1,729,350	$ 62,694	$ 62,694	$ -	$ 1,603,962	
7	40,987,570	ANA ELIZABETH PATIÑO HOOKER	CUIDADORA	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 182,250	$ -	$ -	$ -	$ 1,802,250	$ 65,610	$ 65,610	$ -	$ 1,671,030	
8	40,987,573	LAURA DEBORA BENT ARCHBOLD	CUIDADORA	$ 1,458,000	18	$ 874,800	$ 97,200	$ 109,350	$ -	$ -	$ -	$ 1,081,350	$ 39,366	$ 39,366	$ -	$ 1,002,618	
9	40,993,304	ETSEL NELSON ARCHBOLD	MANIPULADORA AYB	$ 1,458,000	29	$ 1,409,400	$ 156,600	$ -	$ 85,050	$ -	$ -	$ 1,651,050	$ 59,778	$ 59,778	$ -	$ 1,531,494	
10	40,993,352	YOLIMA YIDID BARKER	MANIPULADORA AYB	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 145,800	$ -	$ -	$ -	$ 1,765,800	$ 64,152	$ 64,152	$ -	$ 1,637,496	
11	39,154,121	MARTHA PUELLO SANTOS	SUPERNUMERARIA	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 72,900	$ -	$ -	$ -	$ 1,692,900	$ 61,236	$ 61,236	$ -	$ 1,570,428	
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	$ 145,800	$ 170,100	$ -	$ -	$ 1,935,900	$ 70,956	$ 70,956	$ -	$ 1,793,988	
14	34,610,479	ELIS ELENA VALENCIA QUINTERO	SERVICIOS GENERALES	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 109,350	$ 170,100	$ -	$ -	$ 1,899,450	$ 69,498	$ 69,498	$ -	$ 1,760,454	
15	1,123,680,292	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	$ -	$ -	$ 425,250	$ -	$ 2,045,250	$ 75,330	$ 75,330	$ -	$ 1,894,590	
18	18,008,953	ALLAN STEVE ESCALONA MARTINEZ	CELADOR	$ 1,458,000	30	$ 1,458,000	$ 162,000	$ -	$ -	$ 204,120	$ -	$ 1,824,120	$ 66,485	$ 66,485	$ -	$ 1,691,150	
		TOTALES				$ 28,151,700	$ 2,521,800	$ 1,057,050	$ 935,550	$ 2,356,493	$ -	$ 35,022,593	$ 1,300,032	$ 1,300,032	$ -	$ 32,422,529	

ELABORO

TESORERO

APROBO

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 29 de 2024 03:24 pm

Número de Transacción: APII4242320478124543

Transferencias a Cuentas de Otros Bancos

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:48 pm

Esta transacción está sujeta a VERIFICACION!
Por favor consulte el saldo de la cuenta en 3 días hábiles.
Número de Confirmación: 1744FXMU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Bancolombia - Cuenta de Ahorros *******2094 - Congre Hnas Santonio
Valor Transferido:	$2.377.510,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 29 de 2024

Imprimir Cerrar

Imprimir Cerrar

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******6323 - Nancy E Arrieta G
Valor Transferido:	$2.022.019,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 29 de 2024

Número de Confirmación: 421111ZU
! La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:28 pm

Número de Transacción: APII4242326869060122

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 29 de 2024 03:24 pm

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 29 de 2024 03:24 pm

Número de Transacción: APII4242321541376615

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:30 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 2090CYVU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******8337 - Yerlis I Caballero G
Valor Transferido:	$2.021.460,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 29 de 2024

Imprimir Cerrar

Imprimir Cerrar

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******9477 - Victoria E Naranjo W
Valor Transferido:	$2.377.510,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 29 de 2024

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 830891JU

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:47 pm

Número de Transacción: APII4242321029554 18

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 29 de 2024 03:24 pm

29/8/24, 16:51 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 29 de 2024 03:24 pm

Número de Transacción: APII4242327408726140

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:31 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 6857AVAU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******8513 - Jennifer J Banquez C
Valor Transferido:	$2.659.165,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 29 de 2024

Imprimir Cerrar

Imprimir Cerrar

Fecha de Transferencia: Agosto 29 de 2024
Valor Transferido: $1.894.590,00
Cuenta Destino: Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******0200 - Joergsen W Bent S
Cuenta Origen: Cuenta Corriente *******8263

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 3824EHNU

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:44 pm

Transferencias entre Cuentas Propias

Número de Transacción: APII4242327171285000 1

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 29 de 2024 03:24 pm

Banco Caja Social 29/8/24, 16:48

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 29 de 2024 03:24 pm

Número de Transacción: APII4242323112679694

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:32 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 902761AU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******6728 - Ana E Patino H
Valor Transferido:	$1.671.030,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 29 de 2024

Imprimir Cerrar

Imprimir Cerrar

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:	Agosto 29 de 2024

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 7979BLYU

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:42 pm

Número de Transacción: APII4242323761644077

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 29 de 2024 03:24 pm

Banco Caja Social 29/8/24, 16:46

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 29 de 2024 03:24 pm

Número de Transacción: APII4242326310738864

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:33 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 41397YPU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******9169 - Laura D Bent A
Valor Transferido:	$1.002.618,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 29 de 2024

Imprimir Cerrar

Imprimir Cerrar

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 06788VZU

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:41 pm

Número de Transacción: APII4242327749707662

Bienvenido al Módulo Empresarial: Mariano Ospina Gomez | Empresa: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Dependencia: TESORERIA | Dirección IP: 186.82.86.219 | Fecha último ingreso al sistema: Agosto 29 de 2024 03:24 pm

29/8/24, 16:45 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 29 de 2024 03:24 pm

Número de Transacción: APII4242326733913998

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:34 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 3582EC3U

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******1312 - Etsel Nelson A
Valor Transferido:	$1.531.494,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 29 de 2024

Imprimir Cerrar

Imprimir Cerrar

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******6254 - Elis E Valencia Q
Valor Transferido:	$1.760.454,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 29 de 2024

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 01969RTU

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:40 pm

Transferencias entre Cuentas Propias

Número de Transacción: APII4242323703265002

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 29 de 2024 03:24 pm

Banco Caja Social 29/8/24, 16:44

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 29 de 2024 03:24 pm

Número de Transacción: APII4242323460774395

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:35 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 33578YFU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******2252 - Yolima Y Barker C
Valor Transferido:	$1.637.496,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 29 de 2024

Imprimir Cerrar

Imprimir Cerrar

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******3369 - Elsa E Morron C
Valor Transferido:	$1.793.988,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 29 de 2024

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 3930DGDU

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:39 pm

Transferencias entre Cuentas Propias

Número de Transacción: APII4242329952888259

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 29 de 2024 03:24 pm

Banco Caja Social

29/8/24, 16:43

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 29 de 2024 03:24 pm

Número de Transacción: API4242327988966373

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:37 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 3445EC3U

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******0388 - Martha I Puello S
Valor Transferido:	$1.570.428,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 29 de 2024

Imprimir Cerrar

Imprimir Cerrar

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:	Agosto 29 de 2024

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 6184A8QU

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:38 pm

Número de Transacción: API1424232805498306 2

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 29 de 2024 03:24 pm

Banco Caja Social 29/8/24, 16:42

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 29 de 2024 03:24 pm

Número de Transacción: API|4242323242474585

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Agosto 29 de 2024 04:26 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 37781CPU

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******0612 - Carmelinda Bent J
Valor Transferido:	$1.603.962,00
Fecha de Transferencia:	Agosto 29 de 2024

Imprimir Cerrar

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Estado
Aprobado

Valor del pago
$ 11.865.700,00

Número de aprobación
00378176

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave:
9472726344

Fecha del pago
04/09/2024

Referencia 1
186.82.86.219

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

COMPROBANTE DE EGRESO
N° 02276

Ciudad	San Andres	Fecha	D 04	M Sep	A 2024	VALOR $	11.865.700=
Pagado a	Aportes en linea.						
Por concepto de	Aportes Pensión Ago Salud Sept. Pin 9472726344 Personal Cttto. Pcnte6363944.						
La suma de: (en letras)	Once millones Ochocientos Sesenta y Cinco mil Setecientos Pesos mil.						

CONTABILIZADO

Código P.U.C.	Cuenta	Débitos	Créditos
	Aportes.	11.865.700	
	Davivienda		11.865.700.

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

Elaborado	Aprobado	Contabilizado
T	J	

C.C. ☐ NIT ☐ N°. 892 400 442- 5

Fecha de recibido	D	M	A

Impreso por: FUNDACIÓN ITEDRIS - DIVISIÓN IMPRESOS NIT: 820.003 363-7 - Transversal 2 Este No. 58A-235 Teléfono: 745 37 16 Tunja - Boyacá

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
2024-08	2024-09	890378176	9472726344	E	2024/09/10	2024/09/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$11,865,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				18	$4,828,700	$0	$0	$4,828,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$1,598,000	$0	$0	$1,598,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	11	$2,977,900	$0	$0	$2,977,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$252,800	$0	$0	$252,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$330,200	$0	$0	$330,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	19	$330,200	$0	$0	$330,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$1,227,600	$0	$0	$1,227,600
CAJASAI	CCF64	892,400,320	5	19	$1,227,600	$0	$0	$1,227,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				19	$3,944,300	$0	$0	$3,944,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$197,500	$0	$0	$197,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	13	$2,697,900	$0	$0	$2,697,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$352,400	$0	$0	$352,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$696,500	$0	$0	$696,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$920,700	$0	$0	$920,700
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	19	$920,700	$0	$0	$920,700
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$614,200	$0	$0	$614,200
SENA	PASENA	899,999,034	1	19	$614,200	$0	$0	$614,200
TOTAL				19	$11,865,700	$0	$0	$11,865,700

2024/09/19 10:45 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
2024-08	2024-09	890378176	9472726344	E	2024/09/10	2024/09/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$11,865,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSIÓN		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (19 Afiliados)					$30,175,683	$4,828,700			$31,548,583	$3,944,300			$30,672,343	$1,227,600			$31,548,583	$330,200		$30,672,343	$1,534,900
Centro de Trabajo: NIVEL 2 (19 Afiliados)					$30,175,683	$4,828,700			$31,548,583	$3,944,300			$30,672,343	$1,227,600			$31,548,583	$330,200		$30,672,343	$1,534,900
Ciudad: SAN ANDRES Depto: SAN ANDRES (19 Afiliados)					$30,175,683	$4,828,700			$31,548,583	$3,944,300			$30,672,343	$1,227,600			$31,548,583	$330,200		$30,672,343	$1,534,900
1	CC	42366484	ARRIETA GOMEZ NANCY EDIT	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF64	30	$563,760	$22,600	14-23	30	$1,300,000	$13,600	30	$563,760	$28,300
2	CC	1123628249	BANQUEZ CORPUS JENNIFER JUSETY	25-14	30	$3,049,310	$487,900	EPS037	30	$3,049,310	$381,200	CCF64	30	$3,049,310	$122,000	14-23	30	$3,049,310	$31,900	30	$3,049,310	$152,500
3	CC	40993352	BARKER CANENCIA YOLIMA YIDID	230301	30	$1,445,800	$231,400	EPS037	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
4	CC	40987372	BENT JAY CARMELINDA	25-14	30	$1,409,350	$225,500	EPS041	30	$1,409,350	$176,200	CCF64	30	$1,409,350	$56,400	14-23	30	$1,409,350	$14,800	30	$1,409,350	$70,500
5	CC	18011428	BENT SMITH JOERGSEN WARREN	230301	30	$1,585,250	$253,700	EPS005	30	$1,585,250	$198,200	CCF64	30	$1,585,250	$63,500	14-23	30	$1,585,250	$16,600	30	$1,585,250	$79,400
6	CC	40987573	BENT ARCHBOLD LAURA DEBORAH	25-14	30	$1,409,350	$225,500	EPS041	30	$1,409,350	$176,200	CCF64	30	$1,409,350	$56,400	14-23	30	$1,409,350	$14,800	30	$1,409,350	$70,500
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	$2,586,153	$413,800	EPS005	30	$2,586,153	$323,300	CCF64	30	$2,586,153	$103,500	14-23	30	$2,586,153	$27,000	30	$2,586,153	$129,400
9	CC	18008953	ESCALONA MARTINEZ STEVE ALLAN	230301	30	$1,662,120	$266,000	EPS037	30	$1,662,120	$207,800	CCF64	30	$1,662,120	$66,500	14-23	30	$1,662,120	$17,400	30	$1,662,120	$83,200
10	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
11	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
12	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
13	CC	32727436	MORRON CHARRIS ELSA ESTHER	230301	30	$1,615,900	$258,600	EPS037	30	$1,615,900	$202,000	CCF64	30	$1,615,900	$64,700	14-23	30	$1,615,900	$16,900	30	$1,615,900	$80,900
14	CC	1140822752	NARANJO WIESNER VICTORIA EUGENIA	230301	30	$2,584,250	$413,500	EPS037	30	$2,584,250	$323,100	CCF64	30	$2,584,250	$103,400	14-23	30	$2,584,250	$27,000	30	$2,584,250	$129,300
15	CC	40993364	NELSON ARCHBOLD ETSEL	230301	30	$1,385,050	$221,700	EPS037	30	$1,385,050	$173,200	CCF64	30	$1,385,050	$55,500	14-23	30	$1,385,050	$14,500	30	$1,385,050	$69,400
16	CC	40987570	PATIÑO HOOKER ANA ELIZABETH	25-14	30	$1,482,250	$237,200	EPS037	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
17	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
18	CC	39154121	PUELLO SANTOS MARTHA ISABEL		0	$0	$0	EPS037	30	$1,372,900	$171,700	CCF64	30	$1,372,900	$55,000	14-23	30	$1,372,900	$14,400	30	$1,372,900	$68,700
19	CC	34610479	VALENCIA QUINTERO ELIS ELENA	230201	30	$1,579,450	$252,800	EPS010	30	$1,579,450	$197,500	CCF64	30	$1,579,450	$63,200	14-23	30	$1,579,450	$16,500	30	$1,579,450	$79,000
Total	Afiliados(19)				$30,175,683	$4,828,700			$31,548,583	$3,944,300			$30,672,343	$1,227,600			$31,548,583	$330,200		$30,672,343	$1,534,900

2024/09/19 10:45 AM

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	Septiembre 06 de 2024 04:42 pm

Número de Transacción: APII4257326304022064

Consulta de Transacciones con Información Adicional

Fecha: Septiembre 13 de 2024 04:46 pm

Cuenta Corriente *******8263

Fecha	Descripción	Oficina	Valor	Referencia	Inf. Adicional
Septiembre 9 de 2024	Transferencia otra entidad	320532; (BCS) ACH	$1.600.000,00	85393883	000000018001246 TRANSFER 090924 PAGO HOGAR SEPT
Septiembre 9 de 2024	Transferencia otra entidad	320532; (BCS) ACH	$1.500.000,00	85427385AN AN	000000892400255 PROVEEDOR COTELCO CAPITULO SAN AN ES PROVIDENCIA Y
Septiembre 6 de 2024	Gravamen movs financieros	321102; (BCS) INTERNET	($616,00)	6933364	
Septiembre 6 de 2024	Compra internet	321102; (BCS) INTERNET	($154.000,00)	6933364	
Septiembre 6 de 2024	Transferencia otra entidad	320532; (BCS) ACH	$92.342.646,00	8519069200000	000000892400038 TRASLADOS 00000000000000000000000 0000000000000000

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

COMPROBANTE DE INGRESO
N° 05546

Ciudad San Andres. Fecha D 6 M Sep A 2024

Recibido de Gobernación Departamental San Andres $ 92.342.646 =

Dirección

La suma de (en letras) Noventa y dos millones trescientos cuarenta y dos mil seiscientos cuarenta y seis Pesos M/L.

Por concepto de Abono fu. FHA2 Correspondiente al mes de Ago/2024.

Cheque N° Banco Caja Social Sucursal Efectivo

Código P.U.C.	Cuenta	Débitos	Créditos
	Ingresos. Ctto		98.686.799
	Impuesto Estampilla y Cultura	6.344.153	
	13 Caja Social	92.342.646	

Firma y Sello

C.C / NIT.

Fecha de recibido D M A

Impreso por: FUNDACIÓN ITEDRIS DIVISIÓN IMPRESOS NIT: 829.003-503-7 - Transversal 2 Este No. 58A-235 - Teléfono: 743 37 16 - Tunja - Boyacá

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

COMPROBANTE DE INGRESO
N° 05563

Ciudad	San Andres	Fecha	D 13	M Sep	A 2024	892 400 038
Recibido de	Gobernación Departamental daí					$92.342.647
Dirección						
La suma de (en letras)	Noventa y dos millones trescientos Cuarenta y dos mil Seiscientos Cuarenta y siete pesos m/L.					
Por concepto de	FV. FHA-3. Correspondiente a Julio 29 a Agosto 28 / 2024 Ettocpcnt26363944.					
Cheque N°		Banco	Caja Social.	Sucursal		Efectivo

Código P.U.C.	Cuenta	Débitos	Créditos
	6,43 %		
	Ingresos. terceros		98.686.798
	Impuesto Estamp.		
	Cultura y Artes	6344.151	
	Caja Social	92.342.647	

Firma y Sello

C.C / NIT. 892 400 442-5

Fecha de recibido: D | M | A

20/9/24, 8:57 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	Septiembre 19 de 2024 03:35 pm

Número de Transacción: API|4264326018786000

Consulta de Transacciones con Información Adicional

Fecha: Septiembre 20 de 2024 08:54 am

Cuenta Corriente *******8263

Fecha	Descripción	Oficina	Valor	Referencia	Inf. Adicional
Septiembre 19 de 2024	Gravamen movs financieros	321102; (BCS) INTERNET	($226,00)	4981531	
Septiembre 19 de 2024	Compra Internet	321102; (BCS) INTERNET	($56.436,00)	4981531	
Septiembre 18 de 2024	Transferencia otra entidad	320532; (BCS) ACH	$400.000,00	8728610700000	000000040994112 TRANSFER 00000000000000000000000 0000000000000000
Septiembre 13 de 2024	Transferencia otra entidad	320532; (BCS) ACH	$92.342.647,00	8631464000000	000000892400038 TRASLADOS 00000000000000000000000 0000000000000000
Septiembre	Db transferen	321102; (BCS)	($120.000,00)		

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

COMPROBANTE DE EGRESO
N° 02292

Ciudad	San Andres	Fecha	D 26	M Sep	A 2024.	VALOR $	1.643.520=

Pagado a: Karen Causil Guarda.

Por concepto de: Servicio del Area Psicológica en atencion al adulto mayor del Hogar entre el 29 ago y el 28 de Sep/2024.

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
	Prest. Servicios $1.712.000		
	Rf. 4% Servi.		68.480=
	Caja Social		1.643.520=

Cheque N° | Banco

Sucursal | Efectivo ☐

Firma y Sello del Beneficiario

1.123.631.533

C.C. ☐ NIT. ☐ N°.

Fecha de recibido | D | M | A

Elaborado: J | Aprobado: J | Contabilizado

26/9/24, 14:36 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	Septiembre 25 de 2024 09:10 am

Número de Transacción: APII4270328707677777

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Septiembre 26 de 2024 02:36 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 1972CZXU

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:	Septiembre 26 de 2024

Imprimir | Cerrar

San Andrés Isla, 28 Septiembre 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 de Septiembre 2024 en la sede del hogar del anciano san pedro Claver.

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

Karen Causil G.
Karen Causil Guardia
Psicologa
TP 260102

$1.712.000 =
68.480 =
Rfxl.
$1.643.520 =

n línea

Planilla Resumen

LES DEL APORTANTE

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

LES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
alud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
-08	872393331	9471685785	I	2024/09/09	2024/08/28	BANCO DAVIVIENDA	0	$377,300

E PAGO

	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
MPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
ADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
				1	$377,300	$0	$0	$377,300

línea

Planilla Resumen

LES DEL APORTANTE

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

LES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
alud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
-08	872393331	9471685785	I	2024/09/09	2024/08/28	BANCO DAVIVIENDA	0	$377,300

DETALLADA DE APORTES

PLEADO		NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
ión	Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vtp	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1533	CAUSIL GUARDIA KAREN LORENA																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
o(1)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0		$377,300

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

COMPROBANTE DE EGRESO
N° 02293

Ciudad	San Andres	Fecha	D 26	M Sep	A 2024.	VALOR $	1.643.520=

Pagado a: Delfis del Carmen Sierra Martínez

Por concepto de: Prestación de servicios como recreacionista en el Hogar del Anciano del 29 agosto al 28 Sep/ 2024.

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
	Prestac. Servicios	$ 1.712.000	
	Reffe 4% Ben		68.480=
	Caja Social		1.643.520=

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

26/9/24, 14:39 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	Septiembre 25 de 2024 09:10 am

Número de Transacción: APII4270328504405642

Transferencias a Cuentas de Otros Bancos

Fecha: Septiembre 26 de 2024 02:37 pm

Esta transacción está sujeta a VERIFICACION!
Por favor consulte el saldo de la cuenta en 3 días hábiles.
Número de Confirmación: 6929AZ9U

Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******8263
Cuenta Destino:	Bancolombia - Cuenta de Ahorros *******6350 - Delfis Sierra Martinez
Valor Transferido:	$1.643.520,00
Fecha de Transferencia:	Septiembre 26 de 2024

Imprimir Cerrar

San Andrés, isla 28 de septiembre de 2024

CUENTA DE COBRO N. 04

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 AGOSTO AL 28 DE SEPTIEMBRE DEL PRESENTE AÑO.

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

Atentamente,

$1.712.000 =
68.480
$1.643.520 =

DELFIS DEL CARMEN SIERRA MARINEZ
1.123.638.988

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION 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	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	
2024-08	2024-08	I	25/09/2024	80461843	$457.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colomb	Extran	Extranjero	Colomb. exterior	Colombia	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONDICIÓN	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	57	0			N																	230301	1.599.800	251.200	0	0	0	0	EPS037	1.599.800	198.300	14-23	1.599.800	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION 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	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	
2024-08	2024-08	I	25/09/2024	80461843	457.600	

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	5	800	0	197.100	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	800224808-8	251.200	0	0	0	0	5	1.000	0	252.200	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 á Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	800011153-6	8.200				8.200	5	100	8.300			82	8.300	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	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	197.100
Pensión	1	251.200	252.200
Riesgos Laborales	1	8.200	8.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	455.700	457.600

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° 02294

Ciudad	San Andres	Fecha	D 26	M Sep	A 2024.	VALOR $	1.643.520=

Pagado a: Saul Barrios Marimón

Por concepto de: Servicios de fisioterapeuta Profesional al adulto mayor del Hogar del 29 de agosto al 28 de sep/2024.

La suma de: (en letras) Un millon seiscientos cuarenta y tres mil quinientos veinte pesos m/L.

CONTABILIZADO

Código P.U.C.	Cuenta	Débitos	Créditos
	Prestac. serv.	1712.000	
	Rette 4% serv		68480
	Caja social		1643520

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

18.010.118

C.C. ☐ NIT. ☐ N°.

Elaborado	Aprobado	Contabilizado	Fecha de recibido	D	M	A
T	J					

26/9/24, 14:41 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	Septiembre 25 de 2024 09:10 am

Número de Transacción: APII4270323244807926

Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Septiembre 26 de 2024 02:40 pm

¡ La transferencia se ha realizado **EXITOSAMENTE** !
Número de Confirmación: 3852DAZU

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:	Septiembre 26 de 2024

Imprimir | Cerrar

San Andes Islas 25 de septiembre de 2024

CUENTA DE COBRO

HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

Nit 892400442

DEBE A:

Saúl Enrique Barrios Marimon

CC. 18010118

SALDO $ 1.712.000 pesos

correspondientes a prestación de servicio de 28 de agosto de 2024 al 28 de septiembre de 2024

Un millón setecientos doce mil pesos

Por concepto de prestación de servicios como fisioterapeuta profesional.

Saul Barrios M

FIRMA

$1.712.000 =
68.480 =
$1.643.520 =

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	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
2024-09	2024-09	48634108	95348634108	I	2024/09/10	2024/09/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$ 370.500

RESUMEN DE PAGO

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
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
[illegible]					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

PAGADO

aportes en línea

NIT 900814723-2

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Telef.	Exonerador 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
2024-09	2024-09	48634108	95348634108	1	2024/09/10	2024/09/10	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	ce	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, Septiembre 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 30 ADULTOS MAYORES
SEGÚN CONTRATO CO1PCCNTR.6363944 DEL 29 DE AGO. AL 28 DE SEPT. DEL 2024 ASÍ:

F.INICIAL	F. FINAL	TOTAL A..M.	NRO DIAS	VALOR	TOTAL
ago-29	sep-28	30	30	$ 13,166.67	$ 11,850,003.00
		0	0	$ 13,166.67	$ -
		TOTAL ALOJAMIENTO			**$ 11,850,003**

SON: ONCE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL TRES PESOS ML

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, Septiembre 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 AGO. AL 28 DE SEPT. DEL 2024 ASÍ:

F.INICIAL	F. FINAL	TOTAL A..M.	NRO DIAS	VALOR	TOTAL
ago-29	sep-28	30	30	$ 43,900.00	$ 39,510,000.00
		0	0	$ 43,900.00	$ -
		TOTAL ALIMENTACION			**$ 39,510,000**

SON: TREINTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL PESOS ML.

Fundacion Hogar del anciano San Pedro Claver
Tesoreria