| | | | |
|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>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 Octubre al 29 de Noviembre de 2024 |
| Informe Número | Desembolso seis (06) |
| Plazo del Contrato | SEIS (6) MESES |
| **VALOR A PAGAR** | $49.780.681 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 03 días del mes de Diciembre de 2024.

Cordialmente,

**JOHANA WILCHES DIMAS**
**Secretaria de Desarrollo Social**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>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 Octubre al 29 de Noviembre de 2024 |
| Informe Número | Desembolso seis (06) |
| Plazo del Contrato | SEIS (6) MESES |
| **VALOR A PAGAR** | $49.780.681 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 03 días del mes de Diciembre de 2024.

Cordialmente,

**JOHANA WILCHES DIMAS**
**Secretaria de Desarrollo Social**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>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 Octubre al 29 de Noviembre de 2024 |
| Informe Número | Desembolso seis (06) |
| Plazo del Contrato | SEIS (6) MESES |
| **VALOR A PAGAR** | $49.780.681 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 03 días del mes de Diciembre de 2024.

Cordialmente,

**JOHANA WILCHES DIMAS**
**Secretaria de Desarrollo Social**

| | GOBERNACIÓN<br>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 Octubre al 29 de Noviembre de 2024 |
| Informe Número | Desembolso seis (06) |
| Plazo del Contrato | SEIS (6) MESES |
| **VALOR A PAGAR** | $49.780.681 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 03 días del mes de Diciembre de 2024.

Cordialmente,

**JOHANA WILCHES DIMAS**
**Secretaria de Desarrollo Social**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>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 Octubre al 29 de Noviembre de 2024 |
| Informe Número | Desembolso seis (06) |
| Plazo del Contrato | SEIS (6) MESES |
| **VALOR A PAGAR** | $49.780.681 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 03 días del mes de Diciembre de 2024.

Cordialmente,

**JOHANA WILCHES DIMAS**
**Secretaria de Desarrollo Social**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>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 Octubre al 29 de Noviembre de 2024 |
| Informe Número | Desembolso seis (06) |
| Plazo del Contrato | SEIS (6) MESES |
| **VALOR A PAGAR** | $49.780.681 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 03 días del mes de Diciembre de 2024.

Cordialmente,

**JOHANA WILCHES DIMAS**
**Secretaria de Desarrollo Social**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | Fecha de Aprobación: 08-06-2016 | Código: FO-EV-MC-05 |
| | **FORMATO**<br>**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 Octubre del 2024 | | Hasta: | 29 de Noviembre 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 Noviembre 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 Octubre de 2024 hasta el 29 de Noviembre de 2024. Adjuntamos el listado de Adultos Mayores del mes de Noviembre 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.* |
| 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 Octubre 29 de 2024. Hasta el 29 de Noviembre 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* |
| 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 atendido un paciente CX en el centro de atención Hospital Departamental, para Noviembre otro Adulto Mayor para Urología, en el centro de atención Hospital Departamental, para Diciembre, agendaron dos citas (2), adultos mayores, de los cuales uno (1) será atendido en la especialidad de Psiquiatría centro de atención Hospital Departamental y otro en paciente para Medicina Interna, en el puesto de Salud de San Luis.* |
| 4 | Elaborar un informe que dé cuenta de las actividades recreativas durante el mes. | En éste periodo y en cualquier momento es oportuno compartir y festejar en familia, recordando la unión y los valores que se necesitan y adquirieron en el hogar, realizando un compartir, estimulando la cognición a través de adivinanzas, participando en la fiestas de la natividad del señor, realizando carteleras y anuncios de navidad, a través de trabajos en equipo, para agudizar la visión con imágenes y juegos como los bolos, midiendo la fuerza y la exactitud en tumbar el bolín. |
| 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 la motricidad fina, en cada AM para medir la empatía con los compañeros. El manejo de la ansiedad como valoración psicológica. la concentración y habilidades sociales como la comunicación, comprensión lectora, la memoria, el estado mental y cognitivo, test de depresión y prevención de trastornos o síndromes mentales, para valorar el trastorno mental, estado de ánimo.* |

| | GOBERNACIÓN<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | Fecha de Aprobación: 08-06-2016 | Código: FO-EV-MC-05 |
|---|---|---|---|
| | **FORMATO<br>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 Octubre del 2024 | Hasta: | 29 de Noviembre 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 Noviembre 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 Octubre de 2024 hasta el 29 de Noviembre de 2024.*<br>*Adjuntamos el listado de Adultos Mayores del mes de Noviembre 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.* |
| 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 Octubre 29 de 2024. Hasta el 29 de Noviembre 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* |
| 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 atendido un paciente CX en el centro de atención Hospital Departamental, para Noviembre otro Adulto Mayor para Urología, en el centro de atención Hospital Departamental, para Diciembre, agendaron dos citas (2), adultos mayores, de los cuales uno (1) será atendido en la especialidad de Psiquiatría centro de atención Hospital Departamental y otro en paciente para Medicina Interna, en el puesto de Salud de San Luis.* |
| 4 | Elaborar un informe que dé cuenta de las actividades recreativas durante el mes. | En éste periodo y en cualquier momento es oportuno compartir y festejar en familia, recordando la unión y los valores que se necesitan y adquirieron en el hogar, realizando un compartir, estimulando la cognición a través de adivinanzas, participando en la fiestas de la natividad del señor, realizando carteleras y anuncios de navidad, a través de trabajos en equipo, para agudizar la visión con imágenes y juegos como los bolos, midiendo la fuerza y la exactitud en tumbar el bolín. |
| 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 la motricidad fina, en cada AM para medir la empatía con los compañeros. El manejo de la ansiedad como valoración psicológica. la concentración y habilidades sociales como la comunicación, comprensión lectora, la memoria, el estado mental y cognitivo, test de depresión y prevención de trastornos o síndromes mentales, para valorar el trastorno mental, estado de ánimo.* |

| | GOBERNACIÓN<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | Fecha de Aprobación: 08-06-2016 | Código: FO-EV-MC-05 |
|---|---|---|---|
| | **FORMATO<br>INFORME DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES** | Versión: 01 | Página **2 de 2** |

| | | |
|---|---|---|
| | | *En las actividades Terapéuticas se realizaron tamizajes de peso y talla, para conocer la situación nutricional del AM. Acompañada de terapia física que sirven para que el adulto mayor mantenga la movilidad, la fuerza muscular y el equilibrio junto con la coordinación de desplazamiento..* |
| 6 | Elaborar informe financiero de la ejecución del contrato. | *Para el Desembolso número 6, adjuntamos el quinto informe correspondiente de Octubre 29 de 2024 a Noviembre 29 de 2024, los gastos de este periodo fueron de $169.760.759 pesos se recibieron $98.686.799 pesos, de los cuales se descontaron $6.344.152 de impuesto de estampilla, que se asumieron en el presupuesto en el rublo de alojamiento, generando un valor facturado por Alojamiento de ($5.505.851). Al igual con el monto de la alimentación para respaldar las prestaciones sociales de los empleados se descontó del monto a recibir $10.633.059.*<br>*Presentamos la plantilla presupuestal del mes, el cuadro de erogaciones por rublo y el presupuesto general con saldo a cobrar a la gobernación por valor de $49.780.681 pesos ml. Adjuntamos copias de erogaciones del mes.* |

**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 03 de Diciembre del 2024.

**Contratista.**

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

**Jefe de oficina responsable.**

**Nombre: JOHANA WILCHES DIMAS**
**Secretaria de Desarrollo Social**

| | GOBERNACIÓN<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | Fecha de Aprobación: 08-06-2016 | Código: FO-EV-MC-05 |
|---|---|---|---|
| | **FORMATO<br>INFORME DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES** | Versión: 01 | Página **2 de 2** |

| | | |
|---|---|---|
| | | *En las actividades Terapéuticas se realizaron tamizajes de peso y talla, para conocer la situación nutricional del AM. Acompañada de terapia física que sirven para que el adulto mayor mantenga la movilidad, la fuerza muscular y el equilibrio junto con la coordinación de desplazamiento..* |
| 6 | Elaborar informe financiero de la ejecución del contrato. | *Para el Desembolso número 6, adjuntamos el quinto informe correspondiente de Octubre 29 de 2024 a Noviembre 29 de 2024, los gastos de este periodo fueron de $169.760.759 pesos se recibieron $98.686.799 pesos, de los cuales se descontaron $6.344.152 de impuesto de estampilla, que se asumieron en el presupuesto en el rubio de alojamiento, generando un valor facturado por Alojamiento de ($5.505.851). Al igual con el monto de la alimentación para respaldar las prestaciones sociales de los empleados se descontó del monto a recibir $10.633.059.*<br>*Presentamos la plantilla presupuestal del mes, el cuadro de erogaciones por rubio y el presupuesto general con saldo a cobrar a la gobernación por valor de $49.780.681 pesos ml. Adjuntamos copias de erogaciones del mes.* |

**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 03 de Diciembre del 2024.

**Contratista.**

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

**Jefe de oficina responsable.**

**Nombre: JOHANA WILCHES DIMAS**
**Secretaria de Desarrollo Social**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **GOBERNACIÓN**<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | Fecha de Aprobación: 08-06-2016 | Código: FO-EV-MC-05 |
| | **FORMATO**<br>**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 Octubre del 2024 | | Hasta: | 29 de Noviembre 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 Noviembre 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 Octubre de 2024 hasta el 29 de Noviembre de 2024. Adjuntamos el listado de Adultos Mayores del mes de Noviembre 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.* |
| 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 Octubre 29 de 2024. Hasta el 29 de Noviembre 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* |
| 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 atendido un paciente CX en el centro de atención Hospital Departamental, para Noviembre otro Adulto Mayor para Urología, en el centro de atención Hospital Departamental, para Diciembre, agendaron dos citas (2), adultos mayores, de los cuales uno (1) será atendido en la especialidad de Psiquiatría centro de atención Hospital Departamental y otro en paciente para Medicina Interna, en el puesto de Salud de San Luis.* |
| 4 | Elaborar un informe que dé cuenta de las actividades recreativas durante el mes. | En éste periodo y en cualquier momento es oportuno compartir y festejar en familia, recordando la unión y los valores que se necesitan y adquirieron en el hogar, realizando un compartir, estimulando la cognición a través de adivinanzas, participando en la fiestas de la natividad del señor, realizando carteleras y anuncios de navidad, a través de trabajos en equipo, para agudizar la visión con imágenes y juegos como los bolos, midiendo la fuerza y la exactitud en tumbar el bolín. |
| 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 la motricidad fina, en cada AM para medir la empatía con los compañeros. El manejo de la ansiedad como valoración psicológica. la concentración y habilidades sociales como la comunicación, comprensión lectora, la memoria, el estado mental y cognitivo, test de depresión y prevención de trastornos o síndromes mentales, para valorar el trastorno mental, estado de ánimo.* |

| | GOBERNACIÓN<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | Fecha de Aprobación: 08-06-2016 | Código: FO-EV-MC-05 |
|---|---|---|---|
| | **FORMATO<br>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 Octubre del 2024 | | Hasta: | 29 de Noviembre 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 Noviembre 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 Octubre de 2024 hasta el 29 de Noviembre de 2024. Adjuntamos el listado de Adultos Mayores del mes de Noviembre 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.* |
| 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 Octubre 29 de 2024. Hasta el 29 de Noviembre 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* |
| 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 atendido un paciente CX en el centro de atención Hospital Departamental, para Noviembre otro Adulto Mayor para Urología, en el centro de atención Hospital Departamental, para Diciembre, agenderon dos citas (2), adultos mayores, de los cuales uno (1) será atendido en la especialidad de Psiquiatría centro de atención Hospital Departamental y otro en paciente para Medicina Interna, en el puesto de Salud de San Luis.* |
| 4 | Elaborar un informe que dé cuenta de las actividades recreativas durante el mes. | En éste periodo y en cualquier momento es oportuno compartir y festejar en familia, recordando la unión y los valores que se necesitan y adquirieron en el hogar, realizando un compartir, estimulando la cognición a través de adivinanzas, participando en la fiestas de la natividad del señor, realizando carteleras y anuncios de navidad, a través de trabajos en equipo, para agudizar la visión con imágenes y juegos como los bolos, midiendo la fuerza y la exactitud en tumbar el bolín. |
| 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 la motricidad fina, en cada AM para medir la empatía con los compañeros. El manejo de la ansiedad como valoración psicológica. la concentración y habilidades sociales como la comunicación, comprensión lectora, la memoria, el estado mental y cognitivo, test de depresión y prevención de trastornos o síndromes mentales, para valorar el trastorno mental, estado de ánimo.* |

| | GOBERNACIÓN<br>DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | Fecha de Aprobación: 08-06-2016 | Código: FO-EV-MC-05 |
|---|---|---|---|
| | **FORMATO<br>INFORME DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES** | Versión: 01 | Página **2** de **2** |

| | | |
|---|---|---|
| | | *En las actividades Terapéuticas se realizaron tamizajes de peso y talla, para conocer la situación nutricional del AM. Acompañada de terapia física que sirven para que el adulto mayor mantenga la movilidad, la fuerza muscular y el equilibrio junto con la coordinación de desplazamiento..* |
| 6 | Elaborar informe financiero de la ejecución del contrato. | *Para el Desembolso número 6, adjuntamos el quinto informe correspondiente de Octubre 29 de 2024 a Noviembre 29 de 2024, los gastos de este periodo fueron de $169.760.759 pesos se recibieron $98.686.799 pesos, de los cuales se descontaron $6.344.152 de impuesto de estampilla, que se asumieron en el presupuesto en el rublo de alojamiento, generando un valor facturado por Alojamiento de ($5.505.851). Al igual con el monto de la alimentación para respaldar las prestaciones sociales de los empleados se descontó del monto a recibir $10.633.059.*<br>*Presentamos la plantilla presupuestal del mes, el cuadro de erogaciones por rublo y el presupuesto general con saldo a cobrar a la gobernación por valor de $49.780.681 pesos ml. Adjuntamos copias de erogaciones del mes.* |

**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 03 de Diciembre del 2024.

**Contratista.**

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

**Jefe de oficina responsable.**

**Nombre: JOHANA WILCHES DIMAS**
**Secretaria de Desarrollo Social**

| | | |
|---|---|---|
| | | *En las actividades Terapéuticas se realizaron tamizajes de peso y talla, para conocer la situación nutricional del AM. Acompañada de terapia física que sirven para que el adulto mayor mantenga la movilidad, la fuerza muscular y el equilibrio junto con la coordinación de desplazamiento..* |
| 6 | Elaborar informe financiero de la ejecución del contrato. | *Para el Desembolso número 6, adjuntamos el quinto informe correspondiente de Octubre 29 de 2024 a Noviembre 29 de 2024, los gastos de este periodo fueron de $169.760.759 pesos se recibieron $98.686.799 pesos, de los cuales se descontaron $6.344.152 de impuesto de estampilla, que se asumieron en el presupuesto en el rubro de alojamiento, generando un valor facturado por Alojamiento de ($5.505.851). Al igual con el monto de la alimentación para respaldar las prestaciones sociales de los empleados se descontó del monto a recibir $10.633.059.*<br>*Presentamos la plantilla presupuestal del mes, el cuadro de erogaciones por rubro y el presupuesto general con saldo a cobrar a la gobernación por valor de $49.780.681 pesos ml. Adjuntamos copias de erogaciones del mes.* |

**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 03 de Diciembre del 2024.

**Contratista.**

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

**Jefe de oficina responsable.**

**Nombre: JOHANA WILCHES DIMAS**
**Secretaria de Desarrollo Social**

Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad

VER CONTRATO

## Documentos Tipo

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

## Decreto 248 de 2021

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

## Sentencia T-302 de 2017

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

## Condiciones ejecución y entrega

| | |
|---|---|
| **Condiciones de entrega** | A definir |
| **El contrato puede ser prorrogado** | ○ Sí ○ No |
| **Fecha de notificación de prórroga** | 20 días de tiempo transcurrido *(12/11/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |

## Configuración financiera - Garantías

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **¿Solicitud de garantías?** | ○ Sí ○ No | | | |
| **Garantías por lotes, grupos o etapas** | ○ Sí ○ No | | | |
| **Cumplimiento** | ○ Sí ○ No | | | |
| ☐ Devolución del pago anticipado | | | | |
| ○ % del anticipo | | 100,00 | Fecha de vigencia (desde) | 24/05/2024 11:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| ○ Valor de la garantía | | | Fecha de vigencia (hasta) | 20 días para terminar *(23/12/2024 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogot* |
| ☐ Cumplimiento del contrato | | | | |
| ○ % del valor del contrato | | 20,000000 | Fecha de vigencia (desde) | 24/05/2024 11:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| ○ Valor de la garantía | | | Fecha de vigencia (hasta) | 23/03/2025 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| ☐ Pago de salarios | | | | |
| ○ % del valor del contrato | | 5,00 | Fecha de vigencia (desde) | 24/05/2024 11:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| ○ Valor de la garantía | | | Fecha de vigencia (hasta) | 23/11/2027 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| ☐ Calidad del servicio | | | | |
| ○ % del valor del contrato | | 20,00 | Fecha de vigencia (desde) | 24/05/2024 11:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| ○ Valor de la garantía | | | Fecha de vigencia (hasta) | 23/03/2025 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Responsabilidad civil extra contractual** | ○ Sí ○ No | | | |
| ○ No. de SMMLV | | 200 | | |

29/05/2024 6:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* **Fecha de entrega de garantías: 29/05/2024 12:17:36 PM** *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Información general

2 **Condiciones**

Bienes y servicios

Documentos del Proveedor

Documentos del contrato

Información presupuestal

Ejecución del Contrato

Modificaciones del Contrato

Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad

VER CONTRATO

## Documentos Tipo

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

## Decreto 248 de 2021

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

## Sentencia T-302 de 2017

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

## Condiciones ejecución y entrega

| | | |
|---|---|---|
| **Condiciones de entrega** | A definir | |
| **El contrato puede ser prorrogado** | Sí | No |
| **Fecha de notificación de prórroga** | 20 días de tiempo transcurrido *(12/11/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | |

## Configuración financiera - Garantías

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿Solicitud de garantías?** | Sí | No | | | |
| **Garantías por lotes, grupos o etapas** | Sí | No | | | |
| **Cumplimiento** | Sí | No | | | |
| | Devolución del pago anticipado | | | | |
| | % del anticipo | 100,00 | Fecha de vigencia (desde) | 24/05/2024 11:00:00 AM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | |
| | Valor de la garantía | | Fecha de vigencia (hasta) | 20 días para terminar *(23/12/2024 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogot* | |
| | Cumplimiento del contrato | | | | |
| | % del valor del contrato | 20,000000 | Fecha de vigencia (desde) | 24/05/2024 11:00:00 AM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | |
| | Valor de la garantía | | Fecha de vigencia (hasta) | 23/03/2025 11:59:00 PM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | |
| | Pago de salarios | | | | |
| | % del valor del contrato | 5,00 | Fecha de vigencia (desde) | 24/05/2024 11:00:00 AM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | |
| | Valor de la garantía | | Fecha de vigencia (hasta) | 23/11/2027 11:59:00 PM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | |
| | Calidad del servicio | | | | |
| | % del valor del contrato | 20,00 | Fecha de vigencia (desde) | 24/05/2024 11:00:00 AM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | |
| | Valor de la garantía | | Fecha de vigencia (hasta) | 23/03/2025 11:59:00 PM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | |
| **Responsabilidad civil extra contractual** | Sí | No | | | |
| | No. de SMMLV | 200 | | | |

29/05/2024 6:00:00 PM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* **Fecha de entrega de garantías:** 29/05/2024 12:17:36 PM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

**Fecha límite para entrega de garantías:**

**Garantías del proveedor:**

| | Id de la garantía | Justificación | Tipo de garantía | Valor | Emisor | Fecha fin | Estado | Detalle | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CO1.WRT.14434249 | Responsabilidad civil extra contractual | Contrato de seguro | 260.000.000,00 COP | seguros del estado | 9 días de tiempo transcurrido *(23/11/2024 12:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Vencido | Detalle | |
| | CO1.WRT.14434337 | Cumplimiento - Devolución del pago anticipado | Contrato de seguro | 528.679.279,50 COP | seguros del estado | 24/11/2027 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Aceptada | Detalle | |
| ☐ | CO1.WRT.14433981 | Cumplimiento - Devolución del pago anticipado | - | 0,00 COP | | | Borrador | Detalle | E |
| | CO1.WRT.14432148 | Cumplimiento - Devolución del pago anticipado | Contrato de seguro | 528.679.279,50 COP | seguros del estado | 24/11/2027 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Rechazada | Detalle | E |
| | CO1.WRT.14432141 | Responsabilidad civil extra contractual | Contrato de seguro | 260.000.000,00 COP | seguros del estado | 9 días de tiempo transcurrido *(23/11/2024 12:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Rechazada | Detalle | E |

1 2 »

Borrar

## Configuración financiera - Pago de anticipos

**Definir Plan de Pagos?** Sí No *

**¿Pago de anticipos?** Sí No

**% del anticipo:** 30,00

**Valor del anticipo:** 211.471.711,80 COP

**¿Patrimonio autónomo?** Sí No

**¿Cuenta bancaria?** Sí No

**Otro:**

**Plan de pagos:**

| Pago | % de facturación prevista | Valor total previsto | % de amortización | Fecha prevista de emisión |
|---|---|---|---|---|
| Pago 001 | 20 | 140.981.141,20 | 20 | - |
| Pago 002 | 20 | 140.981.141,20 | 20 | - |
| Pago 003 | 20 | 140.981.141,20 | 20 | - |
| Pago 004 | 20 | 140.981.141,20 | 20 | - |
| Pago 005 | 20 | 140.981.141,20 | 20 | - |

Total: 100%

## Condiciones de facturación y pago

**Forma de pago** Abono en cuenta

**Plazo de pago de la factura** A definir

**Fecha límite para entrega de garantías:**

**Garantías del proveedor:**

| | Id de la garantía | Justificación | Tipo de garantía | Valor | Emisor | Fecha fin | Estado | Detalle | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CO1.WRT.14434249 | Responsabilidad civil extra contractual | Contrato de seguro | 260.000.000,00 COP | seguros del estado | 9 días de tiempo transcurrido *(23/11/2024 12:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Vencido | Detalle | |
| | CO1.WRT.14434337 | Cumplimiento - Devolución del pago anticipado ⚠ | Contrato de seguro | 528.679.279,50 COP | seguros del estado | 24/11/2027 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Aceptada | Detalle | |
| ☐ | CO1.WRT.14433981 | Cumplimiento - Devolución del pago anticipado ⚠ | - | 0,00 COP | | | Borrador | Detalle | E |
| | CO1.WRT.14432148 | Cumplimiento - Devolución del pago anticipado ⚠ | Contrato de seguro | 528.679.279,50 COP | seguros del estado | 24/11/2027 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Rechazada | Detalle | E |
| | CO1.WRT.14432141 | Responsabilidad civil extra contractual | Contrato de seguro | 260.000.000,00 COP | seguros del estado | 9 días de tiempo transcurrido *(23/11/2024 12:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Rechazada | Detalle | E |

1 2 ▸

Borrar

## Configuración financiera - Pago de anticipos

**Definir Plan de Pagos?** Sí No *

**¿Pago de anticipos?** Sí No

**% del anticipo:** 30,00

**Valor del anticipo:** 211.471.711,80 COP

**¿Patrimonio autónomo?** Sí No

**¿Cuenta bancaria?** Sí No

**Otro:**

**Plan de pagos:**

| Pago | % de facturación prevista | Valor total previsto | % de amortización | Fecha prevista de emisión |
|---|---|---|---|---|
| Pago 001 | 20 | 140.981.141,20 | 20 | - |
| Pago 002 | 20 | 140.981.141,20 | 20 | - |
| Pago 003 | 20 | 140.981.141,20 | 20 | - |
| Pago 004 | 20 | 140.981.141,20 | 20 | - |
| Pago 005 | 20 | 140.981.141,20 | 20 | - |

Total: 100%

## Condiciones de facturación y pago

**Forma de pago** Abono en cuenta

**Plazo de pago de la factura** A definir

10

## Comentarios

| Comentarios |
|---|

## Anexos del contrato

| Descripción |
|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* |

## Dirección de notificaciones

| | |
|---|---|
| **Dirección de notificaciones** | AV. FRANCISCO NEWBALL 6-30 EDIFICIO CORAL PALACE |
| **Ubicación** | CO-SAP-88001 - San Andrés |
| **País** | COLOMBIA |
| **Departamento** | San Andrés, Providencia y Santa Catalina |
| **Municipio** | San Andrés |
| **Dirección** | AV. FRANCISCO NEWBALL 6-30 EDIFICIO CORAL PALACE |
| **Código postal** | 880001 |

| | Grados (°) | Minutos (') | Segundos (") |
|---|---|---|---|
| **Latitud:** | | | |
| **Longitud:** | | | |

## Municipio de ejecución del contrato

| ID | Dirección | Ubicación |
|---|---|---|
| 1 | AV NEWBALL EDIFICIO CORAL PALACE | COLOMBIA > San Andrés, Providencia y Santa Catalina > San Andrés |

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/scporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

## Comentarios

| Comentarios |
|---|

## Anexos del contrato

| Descripción |
|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* |

## Dirección de notificaciones

| | |
|---|---|
| **Dirección de notificaciones** | AV. FRANCISCO NEWBALL 6-30 EDIFICIO CORAL PALACE |
| **Ubicación** | CO-SAP-88001 - San Andrés |
| **País** | COLOMBIA |
| **Departamento** | San Andrés, Providencia y Santa Catalina |
| **Municipio** | San Andrés |
| **Dirección** | AV. FRANCISCO NEWBALL 6-30 EDIFICIO CORAL PALACE |
| **Código postal** | 880001 |

| | Grados (°) | Minutos (') | Segundos (") |
|---|---|---|---|
| **Latitud:** | | | |
| **Longitud:** | | | |

## Municipio de ejecución del contrato

| ID | Dirección | Ubicación |
|---|---|---|
| 1 | AV NEWBALL EDIFICIO CORAL PALACE | COLOMBIA > San Andrés, Providencia y Santa Catalina > San Andrés |

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

## Asignaciones para el seguimiento

**Ordenador del Gasto** Johana Geraldine Wilches Dimas **Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía

**Supervisor** Johana Geraldine Wilches Dimas **Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía

## Asignaciones Ordenador del pago

**Ordenador del pago** Johana Geraldine Wilches Dimas **Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía

## Histórico de asignaciones

| Posición | Nombre | Fecha de seguimiento |
|---|---|---|
| Ordenador del pago | Johana Geraldine Wilches Dimas | 24/05/2024 10:23:59 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| Ordenador del Gasto | Johana Geraldine Wilches Dimas | 24/05/2024 10:23:59 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| Supervisor | Johana Geraldine Wilches Dimas | 24/05/2024 10:23:59 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |

## Información presupuestal

**Proyecto del Plan Marco para la Implementación del Acuerdo de Paz o asociado al Acuerdo de Paz** Sí No

**Destinación del gasto** Inversión

**Fuente de los recursos:**

| | |
|---|---|
| **Presupuesto General de la Nación - PGN** | S |
| **Sistema General de Participaciones - SGP** | S |
| **Sistema General de Regalías - SGR** | S |
| **Recursos Propios (Alcaldías y Gobernaciones)** | S |
| **Recursos de Crédito** | S |
| **Otros Recursos (Especie, Privados, Cooperación, Propios Entidades Autónomas)** | S |
| **Total** | 704.9 |

**Validación Código BPIN**

| Código BPIN | Año | Estado |
|---|---|---|
| 2020002880053 | 2024 | Validado |

**Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP si es el caso)**

| Código CDP | Código BPIN | Tipo | Estado del CDP | Valor Total | Sald |
|---|---|---|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | | | | |

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

| Código | Tipo | Estado | Saldo | \ |
|---|---|---|---|---|
| 2607 | CDP | No se ha iniciado | 704.905.706 COP | 704 |

**Saldo de CDP** 704.905.706 COP

**Saldo de vigencias futuras** 0 COP

**Saldo total a comprometer** 704.905.706 COP

**Última consulta a SIIF**

**Fecha de consulta SIIF** -

## Compromiso presupuestal de gastos

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

Cancelar

VER CONTRATO

## Asignaciones para el seguimiento

**Ordenador del Gasto** Johana Geraldine Wilches Dimas **Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía

**Supervisor** Johana Geraldine Wilches Dimas **Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía

## Asignaciones Ordenador del pago

**Ordenador del pago** Johana Geraldine Wilches Dimas **Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía

## Histórico de asignaciones

| Posición | Nombre | Fecha de seguimiento |
|---|---|---|
| Ordenador del pago | Johana Geraldine Wilches Dimas | 24/05/2024 10:23:59 PM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| Ordenador del Gasto | Johana Geraldine Wilches Dimas | 24/05/2024 10:23:59 PM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| Supervisor | Johana Geraldine Wilches Dimas | 24/05/2024 10:23:59 PM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |

## Información presupuestal

**Proyecto del Plan Marco para la implementación del Acuerdo de Paz o asociado al Acuerdo de Paz** Sí No

**Destinación del gasto** Inversión

**Fuente de los recursos:**

| | |
|---|---|
| Presupuesto General de la Nación - PGN | $ |
| Sistema General de Participaciones - SGP | $ |
| Sistema General de Regalías - SGR | $ |
| Recursos Propios (Alcaldías y Gobernaciones) | $ |
| Recursos de Crédito | $ |
| Otros Recursos (Especie, Privados, Cooperación, Propios Entidades Autónomas) | $ |
| Total | 704.9 |

**Validación Código BPIN**

| Código BPIN | Año | Estado |
|---|---|---|
| 2020002880053 | 2024 | Validado |

**Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP si es el caso)**

| Código CDP | Código BPIN | Tipo | Estado del CDP | Valor Total | Sald |
|---|---|---|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | | | | |

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

| Código | Tipo | Estado | Saldo | \ |
|---|---|---|---|---|
| 2607 | CDP | No se ha iniciado | 704.905.706 COP | 704 |

| | |
|---|---|
| Saldo de CDP | 704.905.706 COP |
| Saldo de vigencias futuras | 0 COP |
| Saldo total a comprometer | 704.905.706 COP |
| Última consulta a SIIF | |
| Fecha de consulta SIIF | - |

## Compromiso presupuestal de gastos

| Código compromiso | Tipo | Fecha compromiso | Estado compromiso | Valor compromiso AVF/CDP | Monto por cons |
|---|---|---|---|---|---|
| 2637 | Presupuestal (CDP) | - | No se ha iniciado | 704.905.706 COP | 704.905.706 |

| | |
|---|---|
| Saldo de compromisos CDP | 704.905.706 COP |
| Saldo de compromisos en vigencias futuras | 0 COP |
| Saldo total comprometido | |
| Última consulta a SIIF | |
| Fecha de consulta SIIF | - |

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

| Código compromiso | Tipo | Fecha compromiso | Estado compromiso | Valor compromiso AVF/CDP | Monto por cons |
|---|---|---|---|---|---|
| 2637 | Presupuestal (CDP) | - | No se ha iniciado | 704.905.706 COP | 704.905.706 |

| | |
|---|---|
| Saldo de compromisos CDP | 704.905.706 COP |
| Saldo de compromisos en vigencias futuras | 0 COP |
| Saldo total comprometido | |
| Última consulta a SIIF | |
| Fecha de consulta SIIF | - |

© VORTAL 2018 Terminos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Resumen

| | |
|---|---|
| **ID del contrato en SECOP** | CO1.SLCNTR.12867144 |
| **Número del contrato** | CO1.PCCNTR.6363944 |
| **Versión del contrato** | 1 |
| **Objeto del contrato** | Prestación de servicios profesionales y técnicos de atención integral de día y noche a 35 personas adultas mayores, en situación de abandono, desprotección y/o vulnerabilidad conforme a los criterios de la ley 1276 de 2009 modificada por la ley 1850 de 2017, con el fin de garantizar su protección y atención digna en San Andrés isla. |
| **Tipo de contrato** | Prestación de servicios |
| **Fecha de inicio del contrato** | 29/05/2024 9:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Fecha de terminación del contrato** | 4 días de tiempo transcurrido *(28/11/2024 11:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Duración del contrato** | 6 Meses |
| **Tiempo adiciones en días** | 0 días |
| **Proveedor(es) seleccionado(s)** | Sí No |
| **Estado del contrato** | En ejecución |
| **Liquidación** | Sí No |
| **Obligaciones Ambientales** | Sí No |
| **Obligaciones Pos Consumo** | Sí No |
| **Reversión** | Sí No |

## Entidad Estatal

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

COLOMBIA, San Andrés

0 Recomendación (es)

## Proveedor Seleccionado

FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

COLOMBIA, San Andrés

0 Recomendación (es)

## Cuenta bancaria del proveedor

| Proveedor | Nombre del banco | Tipo de cuenta | Número de cuenta |
|---|---|---|---|
| FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | | | |

## Aprobación del contrato

**Aprobador – Proveedor**

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

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

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Resumen

| | |
|---|---|
| **ID del contrato en SECOP** | CO1.SLCNTR.12867144 |
| **Número del contrato** | CO1.PCCNTR.6363944 |
| **Versión del contrato** | 1 |
| **Objeto del contrato** | Prestación de servicios profesionales y técnicos de atención integral de día y noche a 35 personas adultas mayores, en situación de abandono, desprotección y/o vulnerabilidad conforme a los criterios de la ley 1276 de 2009 modificada por la ley 1850 de 2017, con el fin de garantizar su protección y atención digna en San Andrés isla. |
| **Tipo de contrato** | Prestación de servicios |
| **Fecha de inicio del contrato** | 29/05/2024 9:00:00 AM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Fecha de terminación del contrato** | 4 días de tiempo transcurrido *(28/11/2024 11:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Duración del contrato** | 6 Meses |
| **Tiempo adiciones en días** | 0 días |
| **Proveedor(es) seleccionado(s)** | Sí No |
| **Estado del contrato** | En ejecución |
| **Liquidación** | Sí No |
| **Obligaciones Ambientales** | Sí No |
| **Obligaciones Pos Consumo** | Sí No |
| **Reversión** | Sí No |

## Entidad Estatal

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

COLOMBIA, San Andrés

0 Recomendación (es)

## Proveedor Seleccionado

FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

COLOMBIA, San Andrés

0 Recomendación (es)

## Cuenta bancaria del proveedor

| Proveedor | Nombre del banco | Tipo de cuenta | Número de cuenta |
|---|---|---|---|
| FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | | | |

## Aprobación del contrato

**Aprobador – Proveedor**

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

74

*Bogotá, Lima, Quito)*

**Aprobador – Entidad Estatal**

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

**Contrato firmado:** CO1_PCCNTR_6363944_Firmado

**Contrato en ejecución:** CO1_PCCNTR_6363944_En ejecución

## Información del objeto

| | |
|---|---|
| **Tipo de proceso** | Contratación directa. |
| **Unidad de contratación** | Secretaría de Desarrollo Social |
| **Proceso de Contratación** | Prestación de servicios profesionales y técnicos de atención integral de día y noche a 35 personas a |
| **Título de la oferta** | N/A |
| **Cuantía del contrato** | 704.905.706,00 COP |

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

*Bogotá, Lima, Quito)*

**Aprobador – Entidad Estatal**

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

**Contrato firmado:** CO1_PCCNTR_6363944_Firmado

**Contrato en ejecución:** CO1_PCCNTR_6363944_En ejecución

## Información del objeto

| | |
|---|---|
| **Tipo de proceso** | Contratación directa. |
| **Unidad de contratación** | Secretaría de Desarrollo Social |
| **Proceso de Contratación** | Prestación de servicios profesionales y técnicos de atención integral de día y noche a 35 personas a |
| **Título de la oferta** | N/A |
| **Cuantía del contrato** | 704.905.706,00 COP |

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

## 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<br>Recurso Propio-Destinación Especifica<br>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<br>Recurso Propio-Libre Destinación<br>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<br>Recurso Propio-Destinación Especifica<br>RB ESTAMPILLA PRO BIENESTAR ADULTO MAYOR | 553.173.304,00 |
| | **TOTAL CERTIFICADO** | 704.905.706,00 |

**ELKIN JOSE GRAU ROJANO**
Profesional Especializado

Elaboró: JUANC

# GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

## 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<br>Recurso Propio-Destinación Especifica<br>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<br>Recurso Propio-Libre Destinación<br>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<br>Recurso Propio-Destinación Especifica<br>RB ESTAMPILLA PRO BIENESTAR ADULTO MAYOR | 553.173.304,00 |
| | **TOTAL CERTIFICADO** | 704.905.706,00 |

**ELKIN JOSE GRAU ROJANO**
Profesional Especializado

Elaboró: JUANC

# GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

## REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

**Registro No.** 2637

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

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

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

**Tipo de Compromiso** CONTRATOS

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

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

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

| Identificación Presupuestal | Concepto | | Valor |
|---|---|---|---|
| **Gastos-Inversión** | | | |
| 03 - 2.3.41.11.1 - 110 | 2020002880053 - APOYO A LA DOTACIÓN Y FUNCIÓNAMIENTO DE LOS CENTROS DE BIENESTAR DE ADULTO MAYOR EN SAN ANDRES<br>**Recurso Propio-Destinación Específica**<br>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<br>**Recurso Propio-Libre Destinación**<br>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<br>**Recurso Propio-Destinación Específica**<br>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

## 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<br>Recurso Propio-Destinación Específica<br>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<br>Recurso Propio-Libre Destinación<br>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<br>Recurso Propio-Destinación Específica<br>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

## 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<br>**Recurso Propio-Destinación Específica**<br>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<br>**Recurso Propio-Libre Destinación**<br>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<br>**Recurso Propio-Destinación Específica**<br>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

## REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

**Registro No.** 2637

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

**Beneficiario** FUNDACION HOGAR EL ANCIANO N **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:811155§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<br>Recurso Propio-Destinación Específica<br>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<br>Recurso Propio-Libre Destinación<br>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<br>Recurso Propio-Destinación Específica<br>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

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LLA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.com

# *FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER*

## *INFORME*

*DESEMBOLSO 6.*

*PRESENTADO A LA SECRETARÍA 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*

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LLA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.com

# *FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER*

## *INFORME*

*DESEMBOLSO 6.*

*PRESENTADO A LA SECRETARÍA 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*

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LLA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.com

*San Andrés Isla, Diciembre 03 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 6.***

*Paz y Bien;*

*Me permito remitirle el informe, sobre la ejecución del contrato CO1PCCNTR.6363944 como el DESEMBOLSO 6.*
*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 6. Del 29 de Octubre de 2024 hasta el 29 de Noviembre 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.*

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LLA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.com

*San Andrés Isla, Diciembre 03 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 6.***

*Paz y Bien;*

*Me permito remitirle el informe, sobre la ejecución del contrato CO1PCCNTR.6363944 como el DESEMBOLSO 6.*
*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 6. Del 29 de Octubre de 2024 hasta el 29 de Noviembre 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.*

**FUNDACION**
**HOGAR DEL ANCIANO**
**SAN PEDRO CLAVER**

**NIT: 892.400.442-5**
**LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA**
**E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.com**

San Andrés Isla, Diciembre 03 de 2024

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

Asunto: INFORME **DESEMBOLSO 6**. CO1PCCNTR6363944

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

Me permito adjuntar la documentación correspondiente al INFORME DESEMBOLSO 6 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 29 DE 2024* |
| *FECHA ACTA DE INICIO* | *MAYO 29 DE 2024* |
| *VALOR DEL CONTRATO* | *$ 704.905.706,00* |

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.com

San Andrés Isla, Diciembre 03 de 2024

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

Asunto: INFORME **DESEMBOLSO 6.** CO1PCCNTR6363944

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

Me permito adjuntar la documentación correspondiente al INFORME DESEMBOLSO 6 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 29 DE 2024* |
| *FECHA ACTA DE INICIO* | *MAYO 29 DE 2024* |
| *VALOR DEL CONTRATO* | *$ 704.905.706,00* |

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.com

Para dar cumplimiento a lo acordado en el numeral 3.3.3. ***Desembolso 6:***
Equivalente a la Ejecución del contrato, del 29 de Octubre hasta el 29 de Noviembre de 2024, como quinto 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.* |

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.com

Para dar cumplimiento a lo acordado en el numeral 3.3.3. ***Desembolso 6:***
Equivalente a la Ejecución del contrato, del 29 de Octubre hasta el 29 de Noviembre de 2024, como quinto 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.* |

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.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 Noviembre 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 Octubre de 2024 hasta el 29 de Noviembre 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 Noviembre 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.

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.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 Noviembre 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 Octubre de 2024 hasta el 29 de Noviembre 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 Noviembre 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 NOVIEMBRE 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 | | | | | |

HNA. ELBA E. INTENCIPA S.
DIRECTORA

LISTA DE ADULTOS MAYORES AL MES DE NOVIEMBRE 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 | | | | | |

HNA. ELBA E. INTENCIPA S.
DIRECTORA

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) **29/11/2024**
2. NUMERO DEL CONTRATO: **COLPCCNTR- 6363944**
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: **SEIS MESES 11/23/2024**
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: **FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER**
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: **VICARIATO APOSTÓLICO**
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: **ARCHBOLD CARLOS ANTONIO**
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA **X** PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: **15241566**
9. SEXO: M **X** F__ EDAD: **74** FECHA DE NACIMIENTO: **26/01/1950**
10. PESO: **58.8**
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

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

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

**PRIMERA SEMANA**

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



**SEGUNDA SEMANA**

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



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

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: ARCHBOLD CARLOS ANTONIO
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 15241566
9. SEXO: M X F__ EDAD: 74 FECHA DE NACIMIENTO: 26/01/1950
10. PESO: 58.8
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

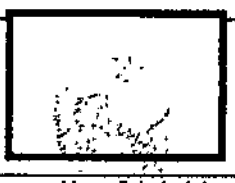
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

**PRIMERA SEMANA**

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



**SEGUNDA SEMANA**

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



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



| | | | |
|---|---|---|---|
| | FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Fecha de Aprobación: | Código: |
| | PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

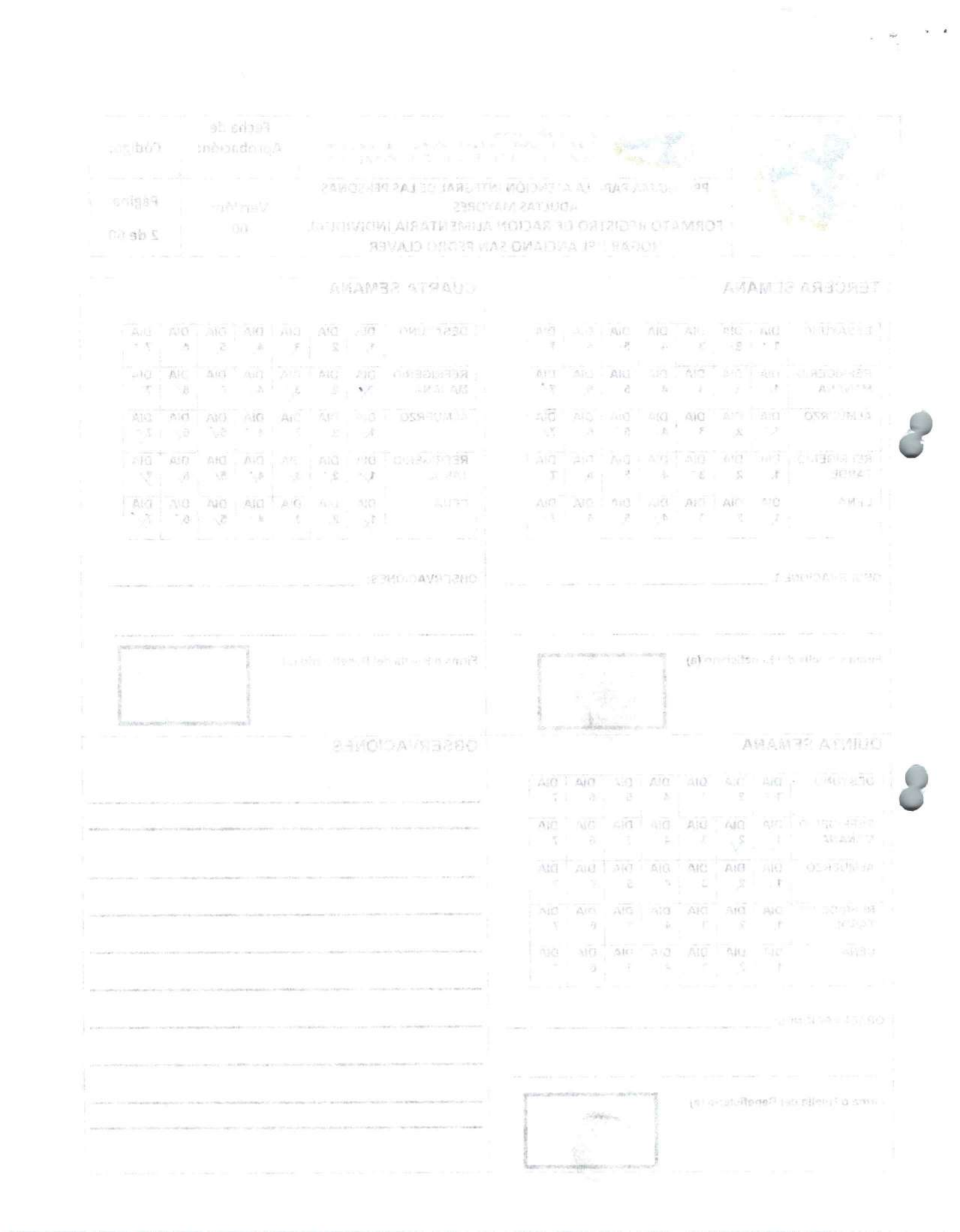
_____

_____

_____

_____

_____



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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) **29/11/2024**
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: 83 FECHA DE NACIMIENTO: **14/12/1941**
10. PESO: **58.8**
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

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

**PRIMERA SEMANA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 3 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 83 FECHA DE NACIMIENTO: 14/12/1941
10. PESO: 58.8
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

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

**PRIMERA SEMANA**

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



**SEGUNDA SEMANA**

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :





| | | | |
|---|---|---|---|
| | FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Fecha de Aprobación: | Código: |
| | PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

| | | |
|---|---|---|
| | Fecha de Aprobación: | Código: |
| | Versión: 00 | Página 4 de 60 |

## CUARTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| ALMUERZO | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| CENA | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |

OBSERVACIONES:

Firma y Huella del Beneficiario (a)

Firma y Huella del Beneficiario (a)

## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| ALMUERZO | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| CENA | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |

OBSERVACIONES:

Firma y Huella del Beneficiario (a)

Firma y 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 5 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) **29/11/2024**
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: ___67___ 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**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 5 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _X__ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 40993760
9. SEXO: M__ F_X_ EDAD: __67__ FECHA DE NACIMIENTO: 03/02/1957
10. PESO: ____125.1_____
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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 6 de 60 |

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

## TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

---

Firma o Huella del Beneficiario (a)

## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

---

Firma o Huella del Beneficiario (a)

## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 6 de 60 |

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

## TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

## QUINTA SEMANA

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

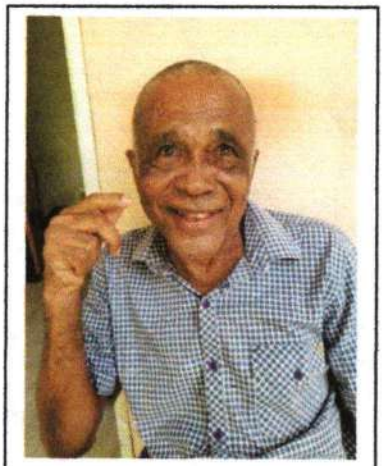
OBSERVACIONES: _____

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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 7 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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) :



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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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

| | 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) :

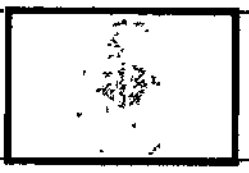


## SEGUNDA SEMANA

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 8 de 60 |

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

## TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



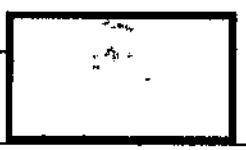
## QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

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

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 29/11/2024
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: 74 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**

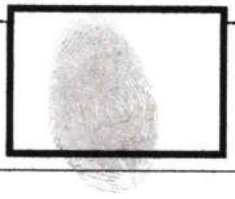
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

## 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 9 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 74 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

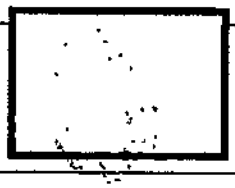
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

**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) :



| | | |
|---|---|---|
| | Fecha de Aprobación: | Código: |
| FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Paging 1 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 639944
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 NUTRICIONISTA: VICARIA TO APOSTOLICO
6. NOMBRE Y APELLIDOS DE PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENES: Mariadel Cardona Daniels
7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
CEDULA X PASAPORTE OTRO
8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION 1124039B3
9. SEXO: M X F SDAD 74 FECHA DE NACIMIENTO: 1/08/1950
10. PESO: 49



11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

PRIMERA SEMANA

| DESAYUNO | DIA 1 | DIA 2 | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 | DIA 2 | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ALMUERZO | DIA 1 | DIA 2 | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 | DIA 2 | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| CENA | DIA 1 | DIA 2 | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

SEGUNDA SEMANA

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

OBSERVACIONES:

Firma o Huella del Beneficiario (a)

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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 6 X | DIA 7 X |

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

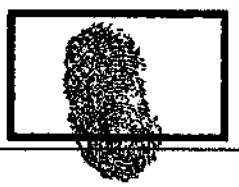
## TERCERA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 X | DIA 6 X | DIA 7 X |

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



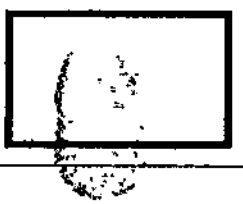
## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

| | | |
|---|---|---|
| | PROGRAMA PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. FORMATO DE REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGARES DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Fecha de Aprobación: Versión: 00 Página: 10 de 60 Código: |

## TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES:

Firma y Sello Nutricionista (a)

## CUARTA SEMANA

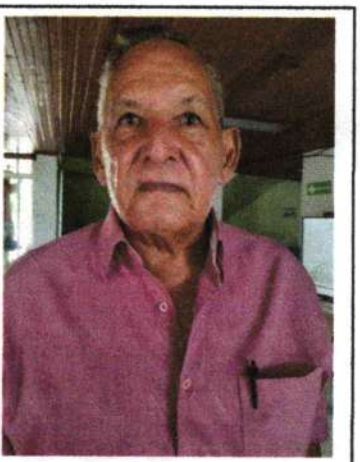
| | DIA 1 | DIA 2 | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | | | | | | | |
| MEDIA MAÑANA | | | | | | | |
| ALMUERZO | | | | | | | |
| REFRIGERIO TARDE | | | | | | | |
| CENA | | | | | | | |

OBSERVACIONES

Firma y Sello Nutricionista (a)

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) **29/11/2024**
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 |

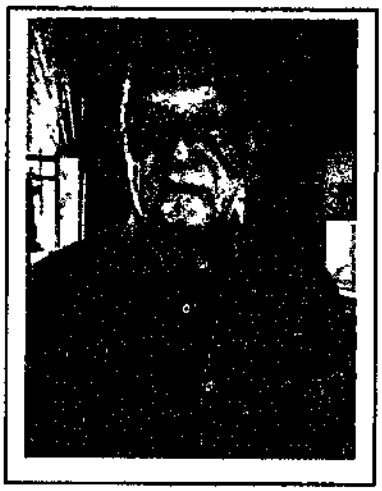
OBSERVACIONES: _____

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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 11 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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) :



| | | |
|---|---|---|
| | PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO REGISTRO DE RACIÓN ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Fecha de Aprobación:<br>Versión:<br>00<br>Página<br>11 de 60 |



1. FECHA (DD/MM/AAAA): 29/11/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COL-PCCNTR- 5315994
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 5/12/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VILLARIATO ASTOLLIDO
6. NOMBRE: ARTICULOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR (Cedula / Otro)
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CEDULA X PASAPORTE ___ OTRO ___
8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 8827428
9. SEXO: M X F ___ EDAD: 83 FECHA DE NACIMIENTO: 17/04/1939
10. PESO: 72 Kg

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 06 AÑO 2024

PRIMERA SEMANA

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

SEGUNDA SEMANA

| | DIA | DIA | DIA | DIA | DIA | DIA | DIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | | | | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | | | | | | | |
| ALMUERZO | | | | | | | |
| REFRIGERIO TARDE | | | | | | | |
| CENA | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

Firma o Huella del Beneficiario

Firma o Huella del Cuidador

| | | | |
|---|---|---|---|
| | FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Fecha de Aprobación: | Código: |
| | PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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)



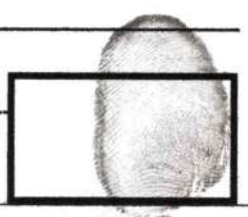
## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



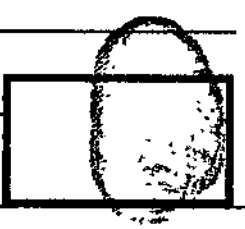
## QUINTA SEMANA

| | DIA 1 | DIA 2 | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | X | X | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | X | X | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ALMUERZO | X | X | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| REFRIGERIO TARDE | X | X | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| CENA | X | X | 3 | 4 | 5 | 6 | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 13 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: __85__ 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

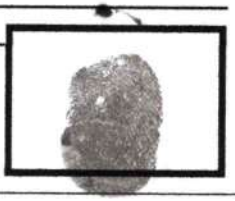
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

## 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) :

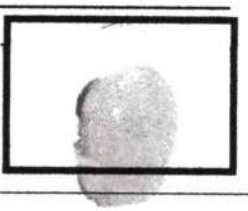


## SEGUNDA SEMANA

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 13 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: __85__ 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL<br>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

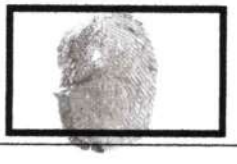
## TERCERA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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)



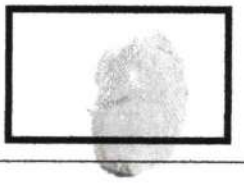
## CUARTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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)



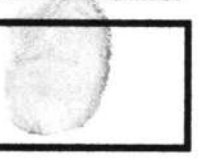
## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 15 de 60 |

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 29/11/2024
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Ana Luisa Diaz
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**
   **CEDULA** _x_ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 20096628
9. **SEXO: M**__ **F**_x_ **EDAD:** 92 **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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 15 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Ana Luisa Diaz
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 20096628
9. SEXO: M__ F_x_ EDAD: 92 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) :

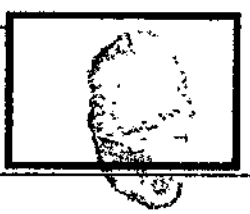


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

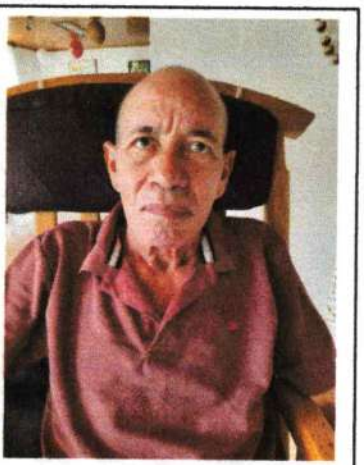


## OBSERVACIONES

| | | |
|---|---|---|
| | | Fecha de Aprobación: |
| FORMATO REGISTRO DE RACIÓN ALIMENTARIA INDIVIDUAL HOGARES DEL AMPARO SAN PEDRO CLAVER | | Versión: 00 |

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 17 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

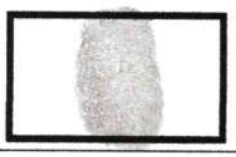
## TERCERA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 19 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 76 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) :

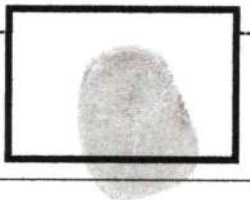


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 19 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 76 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) :

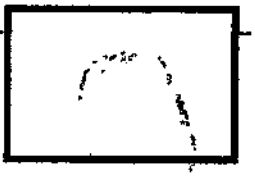


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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)

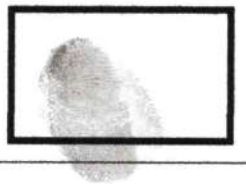


## CUARTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

| | | |
|---|---|---|
| | | Fecha de Aprobación: |
| | | Versión: 00 |

## TERCERA SEMANA

| DE LUNES | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| DESPIERTO/DO MAÑANA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
| ALMUERZO | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
| RETIRO/DEJO TARDE | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
| CENA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |

## CUARTA SEMANA

| DE SALUNO | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| DESPIERTO/DO MAÑANA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
| ALMUERZO | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
| RETIRO/DEJO TARDE | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
| CENA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |

OBSERVACIONES

Firma o Huella del Beneficiario(a)

## QUINTA SEMANA

| DE LUNES | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| DESPIERTO/DO MAÑANA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
| ALMUERZO | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
| RETIRO/DEJO TARDE | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
| CENA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |

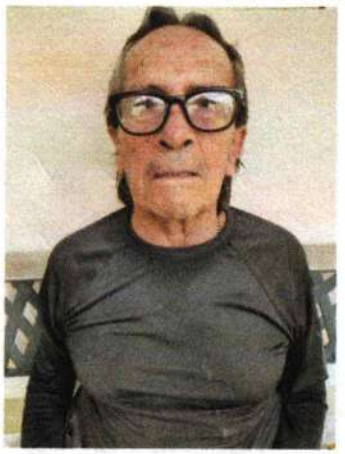
OBSERVACIONES

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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 21 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 86 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) :



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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 86 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) :

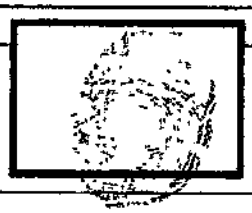


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

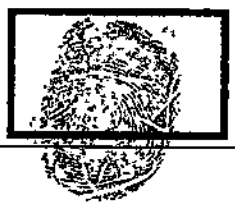
## TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

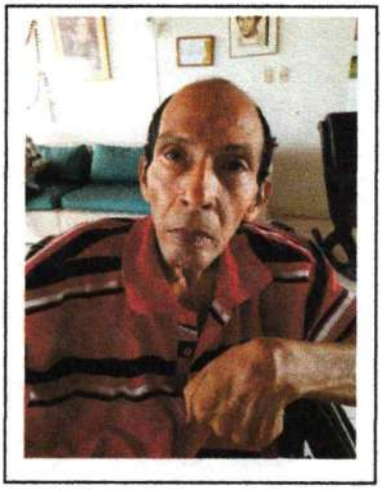
_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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) :

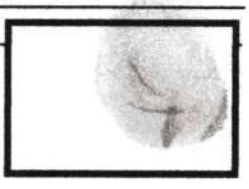


## SEGUNDA SEMANA

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 23 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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) :

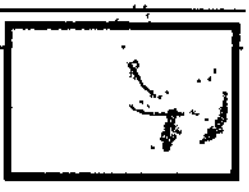


## SEGUNDA SEMANA

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

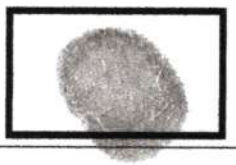
## TERCERA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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)



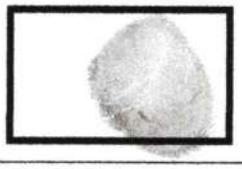
## CUARTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

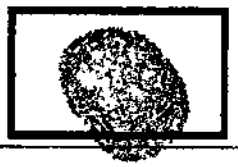
## TERCERA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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)



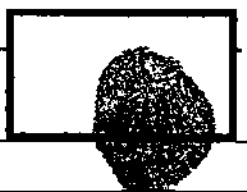
## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 25 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 82 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 25 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 82 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

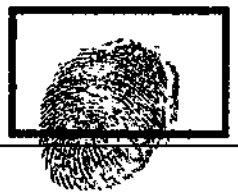
## TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

| | | |
|---|---|---|
| | Fecha de Aprobación: | Código: |
| PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO REGISTRO DE RACIÓN ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 26 de 60 |

TERCERA SEMANA

| | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | | | | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | | | | | | | |
| ALMUERZO | | | | | | | |
| REFRIGERIO TARDE | | | | | | | |
| CENA | | | | | | | |

OBSERVACIONES

CUARTA SEMANA

| | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | | | | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | | | | | | | |
| ALMUERZO | | | | | | | |
| REFRIGERIO TARDE | | | | | | | |
| CENA | | | | | | | |

OBSERVACIONES

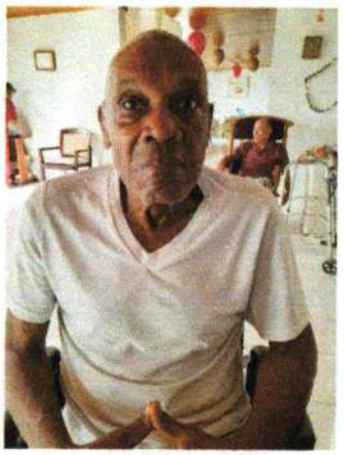
QUINTA SEMANA

| | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | | | | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | | | | | | | |
| ALMUERZO | | | | | | | |
| REFRIGERIO TARDE | | | | | | | |
| CENA | | | | | | | |

OBSERVACIONES

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 83 FECHA DE NACIMIENTO: 11/11/1941
10. PESO: 85 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

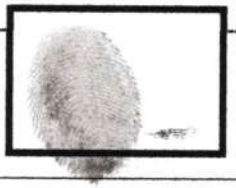
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

## PRIMERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

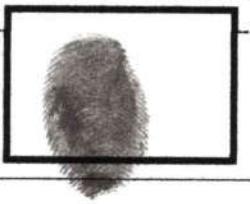


## SEGUNDA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 83 FECHA DE NACIMIENTO: 11/11/1941
10. PESO: 85 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

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

**PRIMERA SEMANA**

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



**SEGUNDA SEMANA**

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :





| | | | |
|---|---|---|---|
| | FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Fecha de Aprobación: | Código: |
| | PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

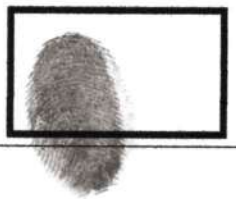
## TERCERA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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)



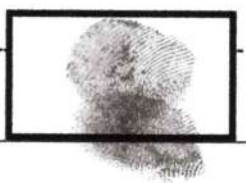
## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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)



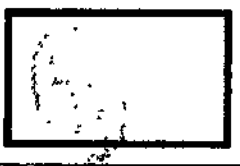
## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

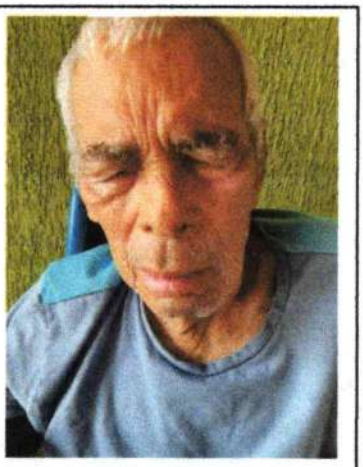
_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 85 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) :



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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 85 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) :

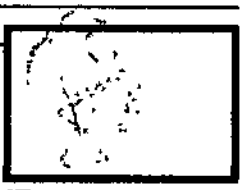


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 |

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

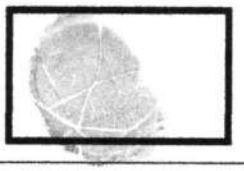


## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

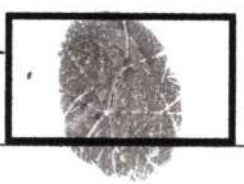


## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 |

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

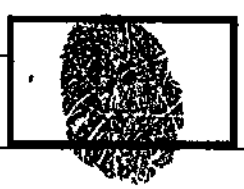


## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 31 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) **29/11/2024**
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: __93___ 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) :

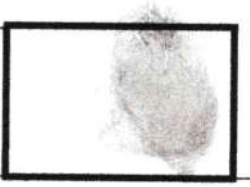


## SEGUNDA SEMANA

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 31 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: __93___ 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) :

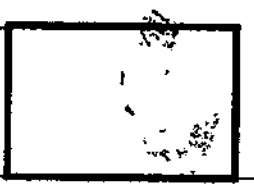


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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)

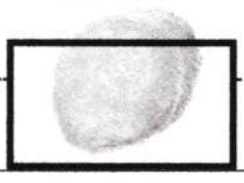


## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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)



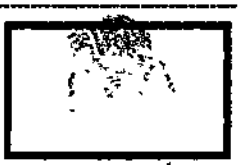
## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

| | | |
|---|---|---|
| | Fecha de Aprobación: | Cod./ppc |
| PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO REGISTRO DE RACIÓN ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 32 de 60 |

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 80 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



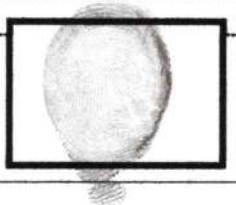
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

**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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 33 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 80 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

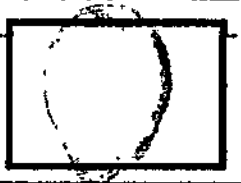
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

**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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 34 de 60 |

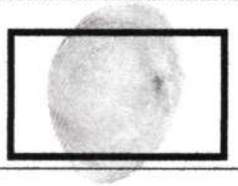
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

## 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)

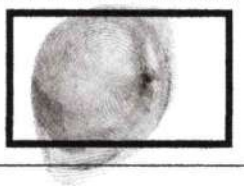


## CUARTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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)

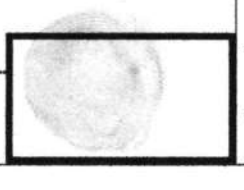


## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

## QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

## OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

| | | |
|---|---|---|
| | PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>RIOBAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Fecha de Aprobación:<br>Versión: 00<br>Página 34 de 60 |

TERCERA SEMANA

| | DIA | DIA | DIA | DIA | DIA | DIA | DIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 8 | DIA 9 | DIA 10 | DIA 11 | DIA 12 | DIA 13 | DIA 14 |
| ALMUERZO | DIA 15 | DIA 16 | DIA 17 | DIA 18 | DIA 19 | DIA 20 | DIA 21 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 8 | DIA 9 | DIA 10 | DIA 11 | DIA 12 | DIA 13 | DIA 14 |
| CENA | DIA 1 | DIA 2 | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |

CUARTA SEMANA

| | DIA | DIA | DIA | DIA | DIA | DIA | DIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 15 | DIA 16 | DIA 17 | DIA 18 | DIA 19 | DIA 20 | DIA 21 |
| ALMUERZO | DIA 22 | DIA 23 | DIA 24 | DIA 25 | DIA 26 | DIA 27 | DIA 28 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 15 | DIA 16 | DIA 17 | DIA 18 | DIA 19 | DIA 20 | DIA 21 |
| CENA | DIA 8 | DIA 9 | DIA 10 | DIA 11 | DIA 12 | DIA 13 | DIA 14 |

OBSERVACIONES:

Firma y Nombre del Beneficiario (a)

Firma y Nombre del Responsable (a)

QUINTA SEMANA

| | DIA | DIA | DIA | DIA | DIA | DIA | DIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | 29 | 30 | 31 | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 22 | DIA 23 | DIA 24 | DIA 25 | DIA 26 | DIA 27 | DIA 28 |
| ALMUERZO | DIA 29 | DIA 30 | DIA 31 | | | | |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 22 | DIA 23 | DIA 24 | DIA 25 | DIA 26 | DIA 27 | DIA 28 |
| CENA | DIA 15 | DIA 16 | DIA 17 | DIA 18 | DIA 19 | DIA 20 | DIA 21 |

OBSERVACIONES

Firma y Nombre del Responsable (a)

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

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 29/11/2024
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:** 84 **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**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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) :**

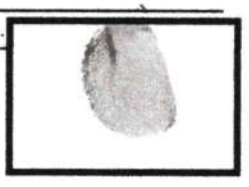


**SEGUNDA SEMANA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 35 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: ___84__ 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) :

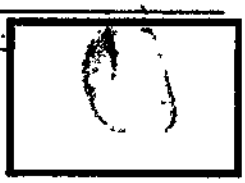


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

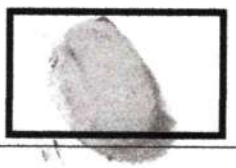
## TERCERA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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)



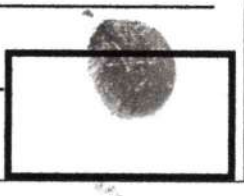
## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



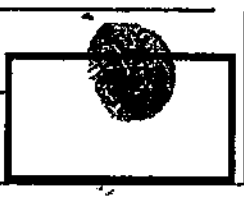
## QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) **29/11/2024**
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: 84 FECHA DE NACIMIENTO: 01/12/1940
10. PESO: 72.3KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

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

## PRIMERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



## SEGUNDA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 84 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 39 de 60 |

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** __29/11/2024__
2. **NUMERO DEL CONTRATO:** COLPCCNTR- 6363944
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO:** SEIS MESES 11/23/2024
4. **NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR:** FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** VICARIATO APOSTÓLICO
6. **NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR:** Delfina Cecilia Newball Hudgson
7. **TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:**

   **CEDULA** _x__ **PASAPORTE** ____ **OTRO**___
8. **NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** 23246699
9. **SEXO:** M__ F_x_ **EDAD:** __90____ **FECHA DE NACIMIENTO:** __12/01/1934__
10. **PESO:** 59.7 KG




Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

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

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

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

**PRIMERA SEMANA**

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

**OBSERVACIONES:** _____

**Firma o Huella del Beneficiario (a) :**

**SEGUNDA SEMANA**

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

**OBSERVACIONES:** _____

**Firma o Huella del Beneficiario (a) :**

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

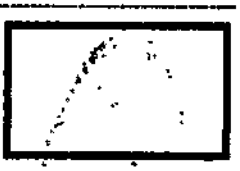


## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## QUINTA SEMANA

| | DIA 1 | DIA 2 | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | X | X | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | X | X | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ALMUERZO | X | X | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| REFRIGERIO TARDE | X | X | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| CENA | X | X | 3 | 4 | 5 | 6 | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 41 de 60 |

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 29/11/2024
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:** 83 **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

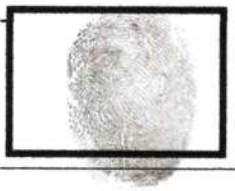
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

**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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 41 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 83 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

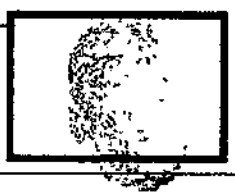
Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

**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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

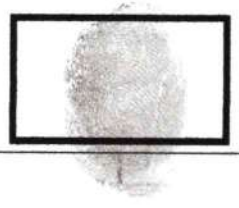
## TERCERA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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)



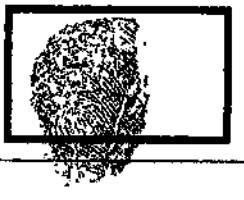
## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

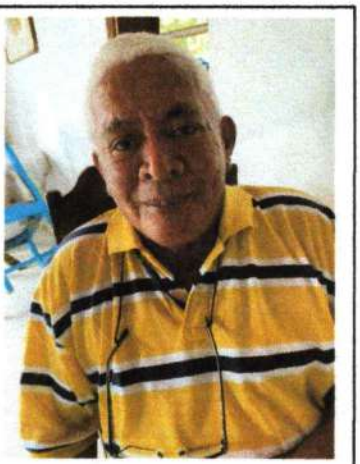
_____

_____

_____

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

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 29/11/2024
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) :**

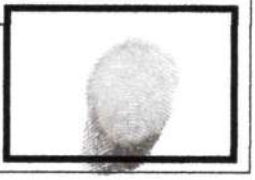


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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) :**



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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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) :

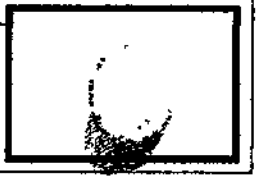


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



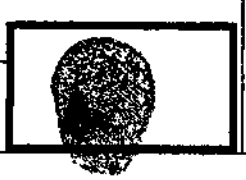
## QUINTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

| | | |
|---|---|---|
| | Fecha de Aprobación: | Código: |
| PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO REGISTRO DE RACIÓN ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión:<br>00 | Página<br>44 de 110 |

## TERCERA SEMANA

| | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| DESAYUNO | | | | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | DÍA 8 | DÍA 9 | DÍA 10 | DÍA 11 | DÍA 12 | DÍA 13 | DÍA 14 |
| ALMUERZO | DÍA 15 | DÍA 16 | DÍA 17 | DÍA 18 | DÍA 19 | DÍA 20 | DÍA 21 |
| REFRIGERIO TARDE | DÍA 22 | DÍA 23 | DÍA 24 | DÍA 25 | DÍA 26 | DÍA 27 | DÍA 28 |
| CENA | DÍA 29 | DÍA 30 | DÍA 31 | | | | |

## CUARTA SEMANA

| | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| DESAYUNO | | | | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | DÍA 8 | DÍA 9 | DÍA 10 | DÍA 11 | DÍA 12 | DÍA 13 | DÍA 14 |
| ALMUERZO | DÍA 15 | DÍA 16 | DÍA 17 | DÍA 18 | DÍA 19 | DÍA 20 | DÍA 21 |
| REFRIGERIO TARDE | DÍA 22 | DÍA 23 | DÍA 24 | DÍA 25 | DÍA 26 | DÍA 27 | DÍA 28 |
| CENA | DÍA 29 | DÍA 30 | DÍA 31 | | | | |

OBSERVACIONES

## QUINTA SEMANA

| | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| DESAYUNO | | | | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | DÍA 8 | DÍA 9 | DÍA 10 | DÍA 11 | DÍA 12 | DÍA 13 | DÍA 14 |
| ALMUERZO | DÍA 15 | DÍA 16 | DÍA 17 | DÍA 18 | DÍA 19 | DÍA 20 | DÍA 21 |
| REFRIGERIO TARDE | DÍA 22 | DÍA 23 | DÍA 24 | DÍA 25 | DÍA 26 | DÍA 27 | DÍA 28 |
| CENA | DÍA 29 | DÍA 30 | DÍA 31 | | | | |

OBSERVACIONES

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

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 29/11/2024
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) :**

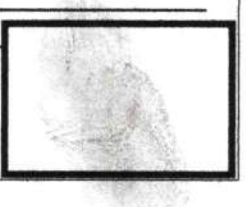


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 45 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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) :

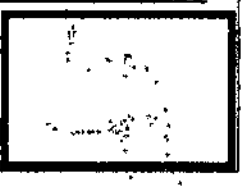


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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) :





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

## TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

---

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

---

Firma o Huella del Beneficiario (a)



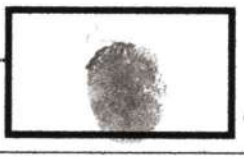
## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

| Fecha de Aprobación: | Sección de Código: |
| --- | --- |
| Versión 00 | Página 45 de 60 |

PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS
ADULTAS MAYORES
FORMATO REGISTRO DE RACIÓN ALIMENTARIA INDIVIDUAL
HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

TERCERA SEMANA

| DESAYUNO | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REFRIGERIO MAÑANA | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| ALMUERZO | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| CENA | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |

CUARTA SEMANA

| DESAYUNO | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REFRIGERIO MAÑANA | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| ALMUERZO | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| CENA | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |

QUINTA SEMANA

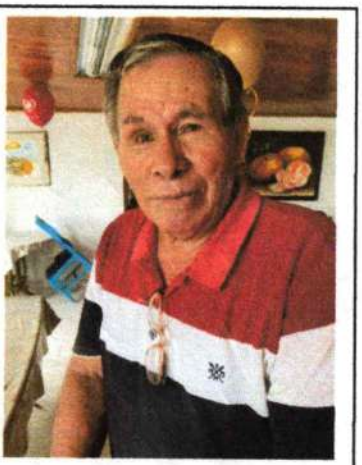
| DESAYUNO | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REFRIGERIO MAÑANA | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| ALMUERZO | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
| CENA | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) **29/11/2024**
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: ___78___ 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 47 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 78 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) :

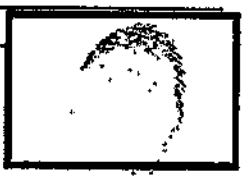


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 48 de 60 |

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

## TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

---

Firma o Huella del Beneficiario (a)



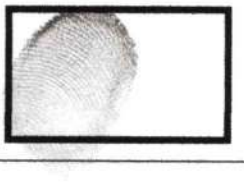
## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

---

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 48 de 60 |

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

## TERCERA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## CUARTA SEMANA

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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)** 29/11/2024
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: ___85__ 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**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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) :**



| | FUNDACION HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Fecha de Aprobación: | Código: |
|---|---|---|---|
| | PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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) 29/11/2024
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: 85 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) :

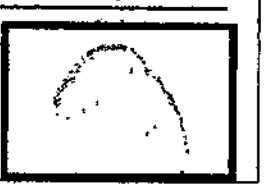


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 51 de 60 |

1. **FECHA (DD/MM/AAAA)** 29/11/2024
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:** 90 **FECHA DE NACIMIENTO:** 05/12/1934
10. **PESO:** 58.1 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

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

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

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

## PRIMERA SEMANA

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

**OBSERVACIONES:** _____

**Firma o Huella del Beneficiario (a) :**

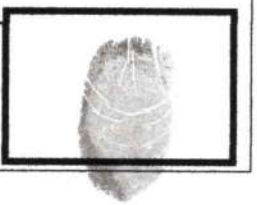


## SEGUNDA SEMANA

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

**OBSERVACIONES:** _____

**Firma o Huella del Beneficiario (a) :**



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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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: 90 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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)

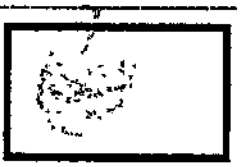


## CUARTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 53 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) **29/11/2024**
2. NUMERO DEL CONTRATO: **COLPCCNTR- 6363944**
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: **SEIS MESES 11/23/2024**
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: **FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER**
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: **VICARIATO APOSTÓLICO**
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Elba Teresa Welcome Lambson
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA __x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 23247590
9. SEXO: M__ F_x_ EDAD: __79___ FECHA DE NACIMIENTO: __14/09/1945_
10. PESO: 66.5 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

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

**PRIMERA SEMANA**

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



**SEGUNDA SEMANA**

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :



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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: Elba Teresa Welcome Lambson
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA _x_ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 23247590
9. SEXO: M__ F_x_ EDAD: 79 FECHA DE NACIMIENTO: 14/09/1945
10. PESO: 66.5 KG



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

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

**PRIMERA SEMANA**

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

**SEGUNDA SEMANA**

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :





| | FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Fecha de Aprobación: | Código: |
|---|---|---|---|
| | PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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)

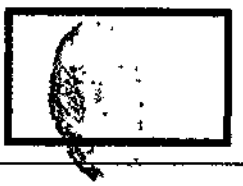


## CUARTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 55 de 60 |

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



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

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

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

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

**PRIMERA SEMANA**

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

**OBSERVACIONES:** _____

**Firma o Huella del Beneficiario (a) :**

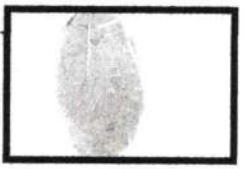


**SEGUNDA SEMANA**

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

**OBSERVACIONES:** _____

**Firma o Huella del Beneficiario (a) :**



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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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) :

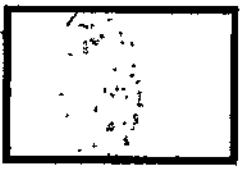


**SEGUNDA SEMANA**

| | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a)



## OBSERVACIONES

| | | |
|---|---|---|
| | PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>FORMATO REGISTRO DE INCIDENCIA ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR No.: ANCIANATO SAN PEDRO CLAVER | Fecha de Aprobación<br>Versión: 00<br>Página 1 de 60 |

## TERCERA SEMANA

| | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | | | | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | | | | | | | |
| ALMUERZO | | | | | | | |
| REFRIGERIO TARDE | | | | | | | |
| CENA | | | | | | | |

## CUARTA SEMANA

| | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | | | | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | | | | | | | |
| ALMUERZO | | | | | | | |
| REFRIGERIO TARDE | | | | | | | |
| CENA | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

Firma o huella del padre dolente (a)

Firma y cédula del Beneficiario (a)

## QUINTA SEMANA

| | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA | DÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | | | | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | | | | | | | |
| ALMUERZO | | | | | | | |
| REFRIGERIO TARDE | | | | | | | |
| CENA | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

Firma del Gestor del Beneficiario (a)

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

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: HAZEL ELIZABETH QUINN BRITTON
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA X PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 23.248.729
9. SEXO: M__ F X EDAD: 73 FECHA DE NACIMIENTO: 12/01/1951
10. PESO: 49 KL



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

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

**PRIMERA SEMANA**

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

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

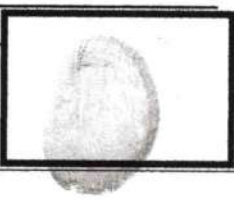


**SEGUNDA SEMANA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 57 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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)



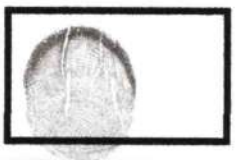
## CUARTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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)



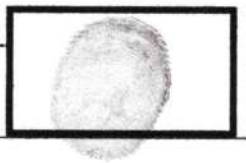
## QUINTA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESYUNO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 59 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024



Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

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

**PRIMERA SEMANA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Versión: 00 | Página 59 de 60 |

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/11/2024
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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO MAÑANA | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| ALMUERZO | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| REFRIGERIO TARDE | DIA 1 X | DIA 2 X | DIA 3 | DIA 4 | DIA 5 | DIA 6 | DIA 7 |
| CENA | DIA 1 X | DIA 2 X | 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<br>FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL<br>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:

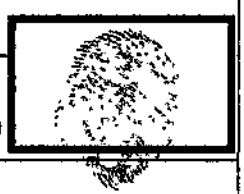
Firma o Huella del Beneficiario (a)



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

OBSERVACIONES:

Firma o Huella del Beneficiario (a)

## OBSERVACIONES



TERCERA SEMANA

| | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | | | | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | | | | | | | |
| ALMUERZO | | | | | | | |
| REFRIGERIO TARDE | | | | | | | |
| CENA | | | | | | | |

OBSERVACIONES

CUARTA SEMANA

| | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | | | | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | | | | | | | |
| ALMUERZO | | | | | | | |
| REFRIGERIO TARDE | | | | | | | |
| CENA | | | | | | | |

Firma o Huella del Paciente (a)

Firma o Huella del Responsable (a)

QUINTA SEMANA

| | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESAYUNO | | | | | | | |
| REFRIGERIO MAÑANA | | | | | | | |
| ALMUERZO | | | | | | | |
| REFRIGERIO TARDE | | | | | | | |
| CENA | | | | | | | |

OBSERVACIONES

Firma o Huella del Responsable (a)

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.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 Octubre 29 de 2024. Hasta el 29 de Noviembre 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.

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.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 Octubre 29 de 2024. Hasta el 29 de Noviembre 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

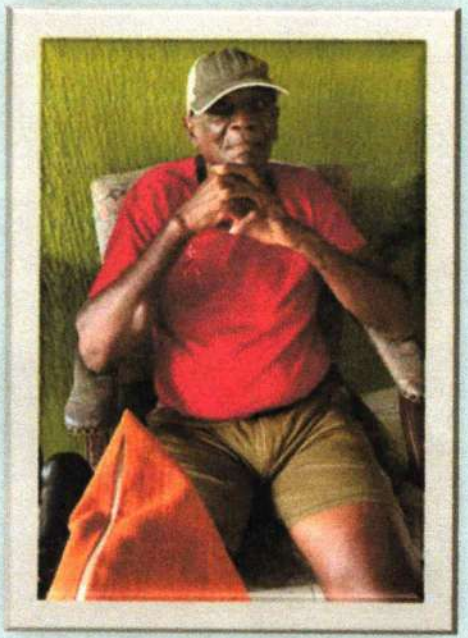
Los adultos mayores de la fundación hogar del anciano cuentan con la Nueva EPS para su valoración médica en su mayoría, atendidos en el hospital o en los centros de salud, loma y San Luis.

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIOO1<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|

# INFORME DE ACTIVIDADES EN ENFERMERÍA

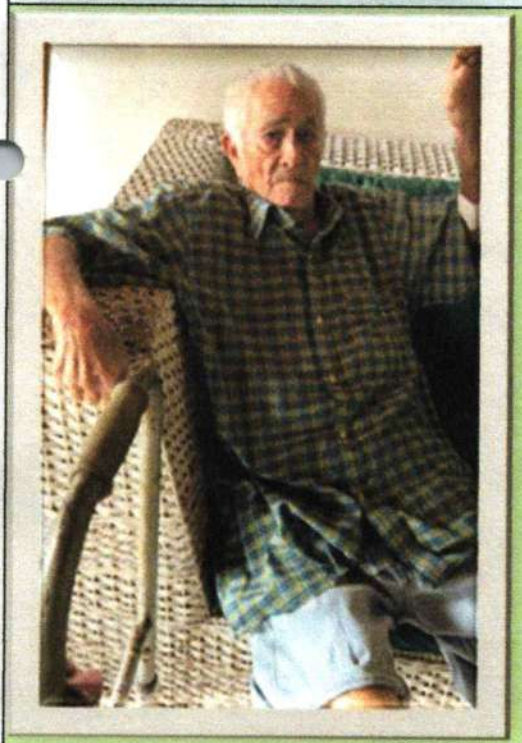
## PERIODO: OCTUBRE 29 AL 29 NOVIEMBRE 2024.

## 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 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**



**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***

- **El día 20 de marzo del 2024**,es atendido en visita médica domiciliaria en ancianato san pedro Claver, al momento de la consulta se observa paciente en buen estado general, tolerando vía oral, oxígeno ambiente. Da recomendaciones y signos de alarma paciente,Se solicita control para 3 meses.
- **El dia 26 junio 2024** en el momento se encuentra en buenas condiciones generales requiere de medicina general domiciliaria 3 meses.
- **El día 26 de septiembre del año 2024** recibe visita domiciliaria de parte del hospital clarence Newball
- Dr indica reformulacion de medicamentos y pañales, se evidencia paciente en buenas condiciones fisica no refiere dolor, laboratorios de control, cita medica domiciliaria dentro de 3 meses.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero 2025** tienen visita domiciliaria.

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIOO1<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|

# INFORME DE ACTIVIDADES EN ENFERMERÍA

## PERIODO: OCTUBRE 29 AL 29 NOVIEMBRE 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 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El día 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**



**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***

- **El día 20 de marzo del 2024**,es atendido en visita médica domiciliaria en ancianato san pedro Claver, al momento de la consulta se observa paciente en buen estado general, tolerando vía oral, oxígeno ambiente. Da recomendaciones y signos de alarma paciente,Se solicita control para 3 meses.
- **El dia 26 junio 2024** en el momento se encuentra en buenas condiciones generales requiere de medicina general domiciliaria 3 meses.
- **El día 26 de septiembre del año 2024** recibe visita domiciliaria de parte del hospital clarence Newball
- Dr indica reformulacion de medicamentos y pañales, se evidencia paciente en buenas condiciones fisica no refiere dolor, laboratorios de control, cita medica domiciliaria dentro de 3 meses.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero 2025** tienen visita domiciliaria.

| | | |
|---|---|---|
| | FUNDACION<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN<br>PEDRO CLAVER | Código: PR1001<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |

# INFORME DE ACTIVIDADES EN ENFERMERÍA

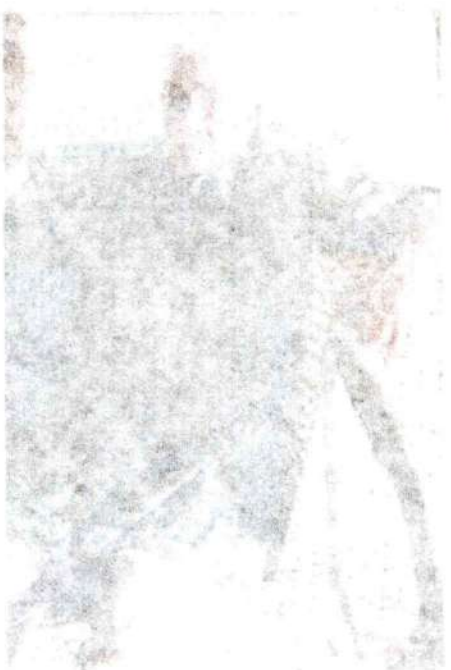
PERIODO: OCTUBRE 25 AL 29 NOVIEMBRE 2024.

## SALA DE HOMBRES



PACIENTE C.A.J. CON NUMERO DE CEDULA 1524[illegible]95 DE 73 AÑOS, DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO
DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE:
Ampliación De Miembro Inferior Izquierdo, Hipertensión Arterial Descontrolada Urgencia

- Paciente valorado el 27 de marzo del 2024, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien luego se le indica signos de alarma, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- paciente valorado el 15 junio del 2024, paciente estable de sus patologías solicita laboratorios de control y reformulan medicamentos de base y realizan orden de pañales, recibe consulta con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- El día 25 de septiembre del 2024 recibe cita médica domiciliaria del hospital Clarence Newbell | retiene nadie en Tu Día | toma telemedicación, te medicamentos y pañales
- El día 21 de octubre del año 2024 entregan autorización de ordenes ordenadas
- El día 29 de enero del 2025 cita domiciliaria.



PACIENTE E.L.S.T CON NUMERO DE CEDULA 1079054[illegible] DE 63 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO.
Diagnostico del Paciente:
Hipertension Arterial Descontrolada Urgencia

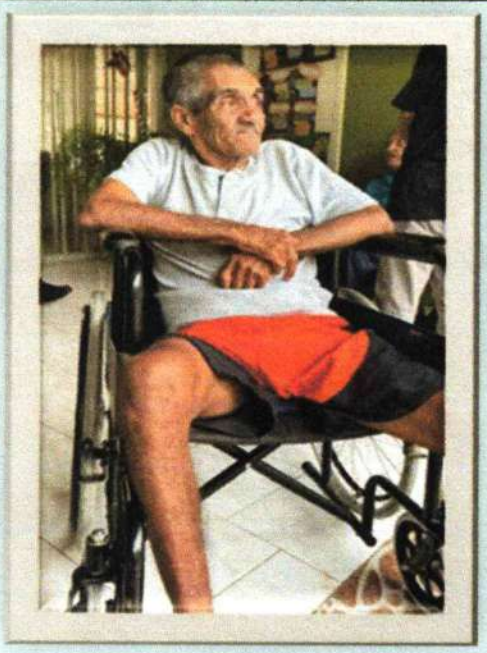
- El día 26 de marzo del 2024 es atendido en visita médico domiciliaria en asociado san pedro Clayer, al momento de la consulta se observa paciente en buen estado general, tolerando dieta, con ningún síntoma. Da recomendaciones y signos de alarma y cuales Se solicita control para 3 meses.
- El día 20 junio 2024 en el momento se encuentra en buenas condiciones generales, cumple de medicina general domiciliaria 3 meses.
- El día 25 de septiembre del año 2024 recibe visita domiciliaria de parte del hospital Clarence Newbell.
- Tratamiento formulación de medicamentos y pañales, se evidencia paciente en buenas condiciones física no refiere dolor, laboratorios de control, cita próxima domiciliaria dentro de 3 meses.
- El día 21 de octubre del año 2024 entregan autorización de ordenes ordenadas
- El día 29 de enero 2025 tercer visita domiciliaria

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | **FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER** | **Código: FFIOO1**<br>**Fecha:01/03/21**<br>**Version:001** |
|---|---|---|



**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.***

- Adulto mayor que se encuentra en el hogar de san pedro clavel se visita y se valora. en el momento consulta para reformulación de medicamentos de base, además para ser enviado a control por psiquiatría ya que paciente viene presentando alteraciones de realidades acompañado con alucinaciones porque también consulta.
- Paciente quien se encuentra en el hogar de san pedro clavel se visita el 14 septiembre del año 2024 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.***

- **El día 20 de marzo del 2024** En la atención del paciente, el medico observa que se encuentra en buen estado general. Le explica a la familia y al paciente los cuidados, da recomendaciones y signos de alarma. Se le solicita control para 3 meses.
- **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
- **El día 26 de septiembre del 2024** recibe cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025** tiene visita domiciliaria.

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIO01<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|



**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.***

- Adulto mayor que se encuentra en el hogar de san pedro clavel se visita y se valora. en el momento consulta para reformulación de medicamentos de base, además para ser enviado a control por psiquiatría ya que paciente viene presentando alteraciones de realidades acompañado con alucinaciones porque también consulta.
- Paciente quien se encuentra en el hogar de san pedro clavel se visita el 14 septiembre del año 2024 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.***

- **El día 20 de marzo del 2024** En la atención del paciente, el medico observa que se encuentra en buen estado general. Le explica a la familia y al paciente los cuidados, da recomendaciones y signos de alarma. Se le solicita control para 3 meses.
- **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
- **El día 26 de septiembre del 2024** recibe cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El día 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El día 26 de enero del 2025** tiene visita domiciliaria.

| | | |
|---|---|---|
| | FUNDACION<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN<br>PEDRO CLAVER | Código: FRFO23<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |





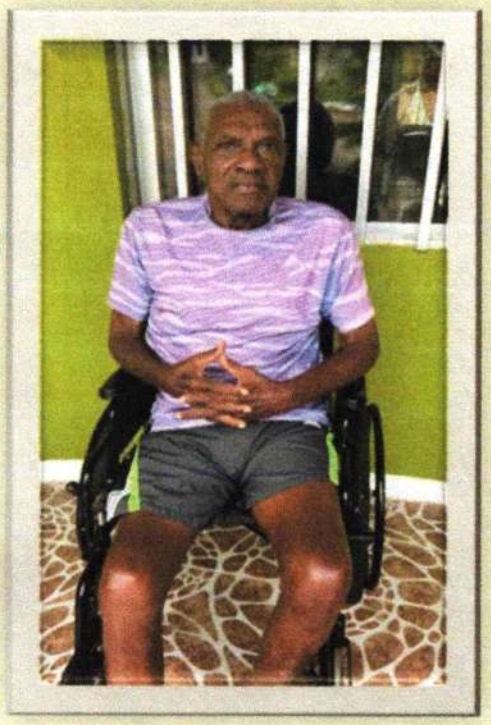


**PACIENTE J.M.C.D CON NÚMERO DE CEDULA 15240383 DE 72 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO.**

**Diagnóstico Del paciente**

***Acv, Incontinencia, Glaucoma, prótesis de cuello de fémur***

- **El día 21de marzo del 2024** es atendido en visita médica domiciliaria en ancianato san pedro Claver, al momento de la consulta paciente terminación de los medicamentos de patologías de base y querer realizar exámenes rutinarios de control.
- **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 26 de septiembre del 2024** quien da orden de valoración por neurología, como indico medico general de la ciudad de Bogotá, Dr. indica reformulación de medicamentos y pañales, visita medica domiciliaria dentro de 3 meses.
- **Pendiente valoración por neurología** y el medico que lo atendió en la ciudad de Bogotá le suspende antihipertensivo
- **El día 26 de enero del 2025** tienen visita domiciliaria.



**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.
- Asiste a **valoración por urología 11 de septiembre del 2024** quien indica procedimiento en la ciudad barranquilla
- **El día 27 de octubre del 2024** tiene programada una cita médica por electrofisiología y urología en la ciudad de barranquilla, familiares notificaron.
- **El día 14 noviembre del 2024** la hija lo fue a buscar para la cita medica de control.
- **El día 03 diciembre del 2024** pendiente viaje a la espera de confirmación de hora del vuelo.



**PACIENTE J.M.C.D CON NÚMERO DE CEDULA 15240383 DE 72 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO.**

**Diagnóstico Del paciente**

***Acv, Incontinencia, Glaucoma, prótesis de cuello de fémur***

- **El día 21de marzo del 2024** es atendido en visita médica domiciliaria en ancianato san pedro Claver, al momento de la consulta paciente terminación de los medicamentos de patologías de base y querer realizar exámenes rutinarios de control.
- **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 26 de septiembre del 2024** quien da orden de valoración por neurología, como indico medico general de la ciudad de Bogotá, Dr. indica reformulación de medicamentos y pañales, visita medica domiciliaria dentro de 3 meses.
- **Pendiente valoración por neurología** y el medico que lo atendió en la ciudad de Bogotá le suspende antihipertensivo
- **El día 26 de enero del 2025** tienen visita domiciliaria.



**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.
- Asiste a **valoración por urología 11 de septiembre del 2024** quien indica procedimiento en la ciudad barranquilla
- **El día 27 de octubre del 2024** tiene programada una cita médica por electrofisiología y urología en la ciudad de barranquilla, familiares notificaron.
- **El día 14 noviembre del 2024** la hija lo fue a buscar para la cita medica de control.
- **El día 03 diciembre del 2024** pendiente viaje a la espera de confirmación de hora del vuelo.

| | |
|---|---|
| FUNDACIÓN<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN<br>PEDRO CLAVER | Código: FR1001<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |





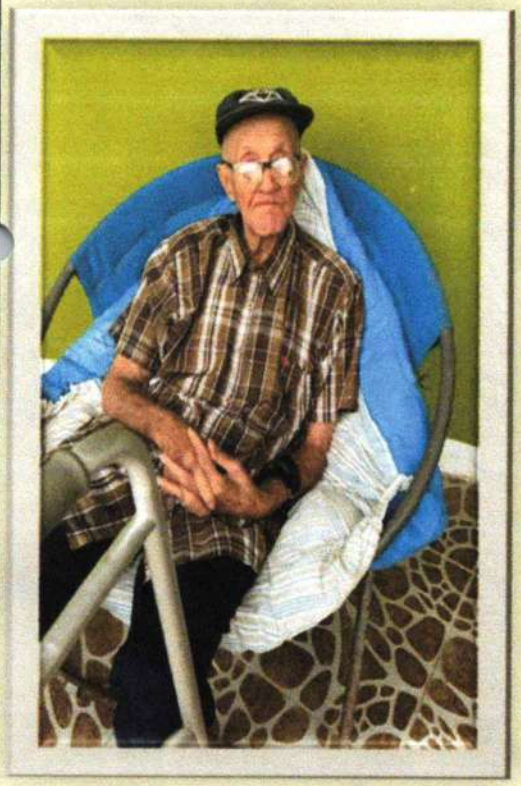
| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | **FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER** | **Código: FFIOO1**<br>**Fecha:01/03/21**<br>**Version:001** |
|---|---|---|



**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***

- **El día 28 junio 2024**, paciente con función renal alterada, actualmente con creatinina de 1.32 mg secundario a nefropatía hipertensiva, nefroangioesclerosis, por el envejecimiento fisiológico con nefropatía senil que se encuentra estable buen ritmo diurético, en buen estado general, sin signos de uremia asintomático quien debe continuar seguimiento por nefrología. Se dan recomendaciones. Control en 3 meses.
- **El día 26 junio del 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.
- **El día 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital larense Newball l refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 tiene cita domiciliaria.**



**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.***

- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball l refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales. 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 dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.

- **El día 26 de enero 2025** tienen cita domiciliaria.

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIOO1<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|



**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***

- **El día 28 junio 2024**, paciente con función renal alterada, actualmente con creatinina de 1.32 mg secundario a nefropatía hipertensiva, nefroangioesclerosis, por el envejecimiento fisiológico con nefropatía senil que se encuentra estable buen ritmo diurético, en buen estado general, sin signos de uremia asintomático quien debe continuar seguimiento por nefrología. Se dan recomendaciones. Control en 3 meses.
- **El día 26 junio del 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.
- **El día 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital larense Newball I refiere sentirse bien, la Dra. Indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 tiene cita domiciliaria.**



**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.***

- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales. 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 dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.

- **El día 26 de enero 2025** tienen cita domiciliaria.



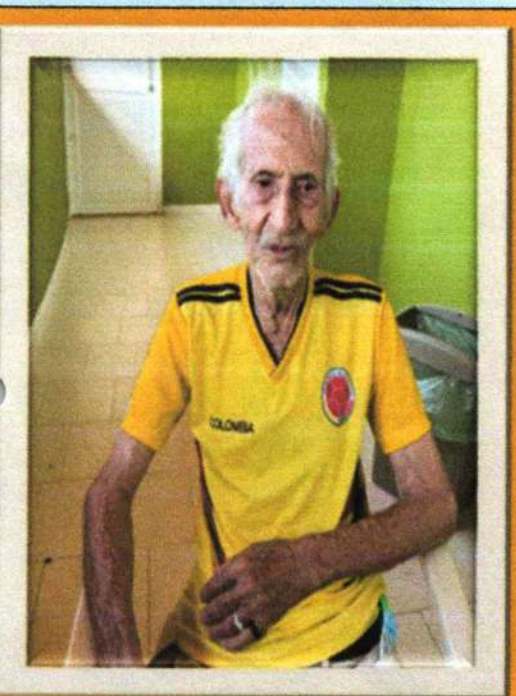




**PACIENTE J.G.P. CON NUMERO DE CEDULA 9286420 DE 57 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO**
**Diagnóstico del paciente**

***Hipertensión, Ataxia. Incontinencia Urinaria***

- **Paciente valorado el 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball l refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**



**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.***

- **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 del 2024** cumple cita médica en compañía de la señora maría
- **El 29 de julio del 2024** indican tratamiento y se le inicia como indico el acompañante
- A la espera de la programación quirúrgica por parte de Lynd, la señora maría quien esta de titular del señor en mención nos comunicara el día de su procedimiento
- **El día 25 de noviembre del 2024** cx en los ojos en la clínica lynd programado a las 7 am, va acompañado de la señora maría mejia



**PACIENTE J.G.P. CON NUMERO DE CEDULA 9286420 DE 57 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO**
**Diagnóstico del paciente**

***Hipertensión, Ataxia. Incontinencia Urinaria***

- **Paciente valorado el 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El día 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El día 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**



**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.***

- **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 del 2024** cumple cita médica en compañía de la señora maría
- **El 29 de julio del 2024** indican tratamiento y se le inicia como indico el acompañante
- A la espera de la programación quirúrgica por parte de Lynd, la señora maría quien esta de titular del señor en mención nos comunicara el día de su procedimiento
- **El día 25 de noviembre del 2024** cx en los ojos en la clínica lynd programado a las 7 am, va acompañado de la señora maría mejia

| | | |
|---|---|---|
| | FUNDACIÓN<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN<br>PEDRO CLAVER | Código: FR1001<br>Fecha:01\03\21<br>Versión:003 |



PACIENTE J.C.P. CON NUMERO DE CEDULA 92864420 DE 57 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO
Diagnóstico del paciente

Hipertensión, Ataxia Incontinencia Urinaria

- Paciente valorado el 27 de marzo del 2024, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien luego se le realiza entrevista donde refiere medicamentos, tomando de pastillas y dia control con medicina general dominik dia en 3 meses.
- paciente valorado el 20 junio del 2024, paciente estable de sus patologías refiere leticiados de control y refiere que medicación de base y realiza orden de pastillas, trajo control con medicina general domiciliaria en 3 meses
- El día 25 de septiembre del 2024 recibir olla medica domiciliaria de hospital clarence Newbsell I refiere sentirse bien la Pac. Indica reformulación de medicamentos y pañales
- El día 21 de octubre del año 2024 entregan auto pedido parcial incompletos
- El día 28 de enero del 2025 cita domiciliaria.



PACIENTE L.C.M CON NUMERO DE CEDULA 8385252 DE 75 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO
Diagnostico del paciente

DISCAPACIDAD VISUAL, GASTRITIS, DERMATITIS ATOPICA.

- El día 24 de junio del 2024 Acude a consulta monga acompañada por cuidadora, refiere que se encuentra en buenas condiciones generales, por lo tanto se realiza conciliación medicamentosa y ajuste control con medicina general dominik en 3 meses.
- El día 2 de julio del 2024 acude al hospital para un examen con la especialidad de urología
- El día 17 de julio del 2024 cumple cita con anestesiología para ver tratamiento a que la señora inicio
- El 24 de julio del 2024 cumple cita médica en compañía de la señora Maria
- El 29 de julio del 2024 inician tratamiento y se le inicia con la nueva formulación
- A la espera de la programación quirúrgica por parte de Lynd, la señora maría quien esta de titular del señor en mención, nos comunicaba el día de su procedimiento
- El día 29 de noviembre del 2024 se en los ojos en la cl nos lynd programado a las 7 am, va acompañado de la señora maría mejia

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIOO1<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|



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

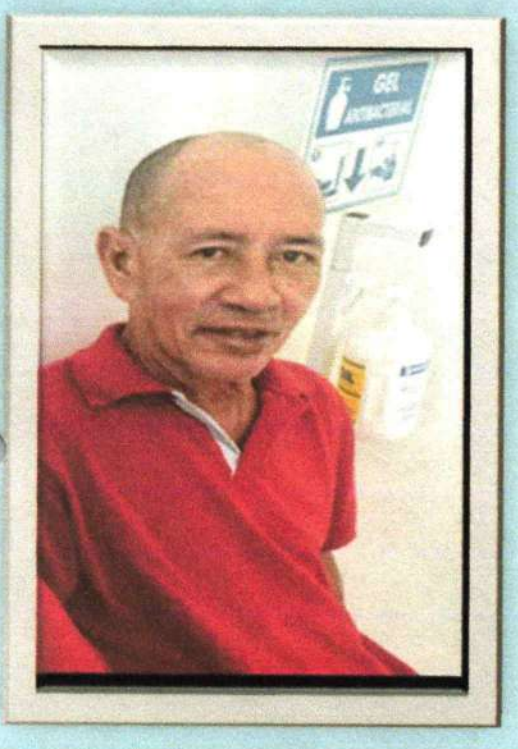
***Glaucoma.***

- **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.

- **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 cita control para la reformulación de las gotas de tratamiento por su glaucoma.

- **El día 23 octubre del 2024** asiste a cita control y le reformulan medicamentos.

.



**PACIENTE A.J. L.H CON NUMERO DE CEDULA 73.092.471 DE 64 AÑOS, DE SEXO MASCULINO, AFILIADO A NUEVA EPS SUBSIDIADO.**

**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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** es trasladado a urgencias por presentar cuadros epiletipticos repetitivos , se hace llamado a la ambulancia.
- **El dia 21 de octubre del 2024** le dan salida al señor A.L.H ya que le controlaron los cuadros epilépticos y le ordenan medicamentos con dosis más altas.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria**

FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIOO1<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|



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

***Glaucoma.***

- **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.

- **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 cita control para la reformulación de las gotas de tratamiento por su glaucoma.

- **El día 23 octubre del 2024** asiste a cita control y le reformulan medicamentos.

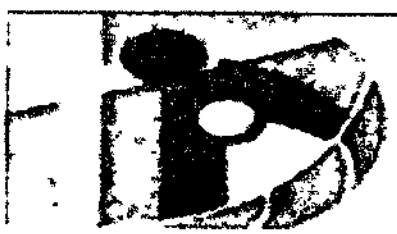


**PACIENTE A.J. L.H CON NUMERO DE CEDULA 73.092.471 DE 64 AÑOS, DE SEXO MASCULINO, AFILIADO A NUEVA EPS SUBSIDIADO.**

**Diagnóstico del paciente**

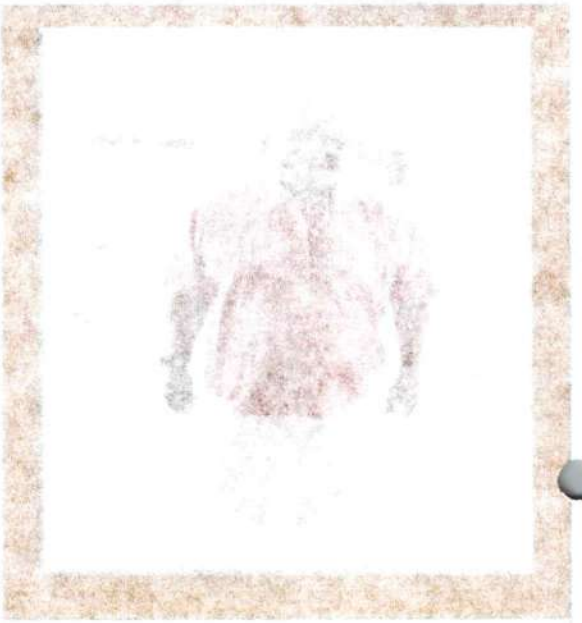
***Demencia vascular, epilepsia, hipertensión.***

- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball l refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** es trasladado a urgencias por presentar cuadros epiletipticos repetitivos , se hace llamado a la ambulancia.
- **El dia 21 de octubre del 2024** le dan salida al señor A.L.H ya que le controlaron los cuadros epilépticos y le ordenan medicamentos con dosis más altas.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria**



FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

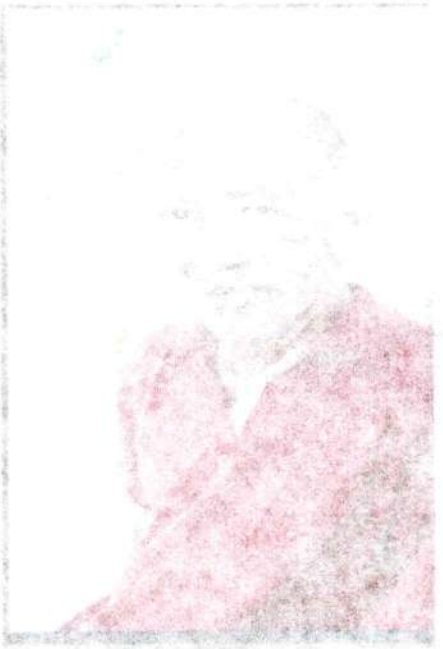
| | | |
|---|---|---|
| | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFI001<br>Fecha: 01/03/21<br>Version: 001 |



PACIENTE A.C. T CON NUMERO DE CEDULA 80242[illegible]8 DE 83 AÑOS, DE SEXO MASC[illegible] LINO. AFILIADO A NUEVA EPS CONTRIBUTIVO.
Diagnostico del paciente

Síntomas.

- El día 26 junio del 2024. Al momento de la consulta se observa paciente [illegible] buen estado general. Teleorientado via oral, oxigeno mediante se dan recomendaciones y signos de alarma se [illegible]ramiento y cita control dentro de 3 meses.
- El día [illegible] julio del 2024 por telefax sentir malestar, la medico [illegible]ntary realiza diagnostico gripe
- Se [illegible] tratamiento de antibiotico por 3 dias
- A [illegible] se da cita control para la reformulacion de las ordenes de [illegible] por su síntomas
- El día 23 octubre del 2024 asiste a cita control y le reformulan [illegible]amiento



PACIENTE A.C.T. H CON NUMERO DE CEDULA 73 [illegible]2.171 DE 64 AÑOS, DE SEXO [illegible]ASCULINO. AFILIADO A NUEVA EPS SUBSIDIADO.

Diagnostico del paciente

Generos vasculo- epilepsia, hipertension.

- paciente [illegible] el 26 junio del 2024. paciente estable de [illegible] [illegible]ntaria de [illegible]sistolos de control y reformular medicación de base y realizan orden de paraclinicos, realizan control por medicina general domiciliaria en 3 meses.
- El día 26 de septiembre del 2024 recibi cita medica domiciliaria del hospital Serrano Nevi hall i refiere sentirse bien la Dra. ordena [illegible]plicacion de medicamentos y paraclinicos.
- El día 21 de octubre del año 2024 es trasladado a urgencias por presentar cuadros epilepticos [illegible]peliticos , se hace llamado a la ambulancia
- El día 21 de octubre del 2024 le dan salida al señor A.L.H ya que se controla en los cuadros epilepticos y le entregan medicamentos con dosis mas altas
- El día 28 de enero del 2025 cita domiciliaria

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIOO1<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|

# 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 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**



**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 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIOO1<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|

# 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 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball l refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**



**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 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball l refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**

| | | |
|---|---|---|
| | FUNDACION<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN<br>PEDRO C AVER | Código: FRI002<br>Fecha: 01/03/21<br>Versión: 003 |

# SALA DE MUJERES



PACIENTE D.I. 3 CON NÚMERO DE CEDULA 40939760 DE 67 AÑOS DE SEXO FEMENINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO
Diagnostico de la paciente
Mia, trastorno de ansiedad, esguera ellateral, sordomuda.

- Paciente valorada el 27 de marzo del 2024, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien llega .
Sintomatologia actual a se realiza conciliacion medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- paciente valorado el 26 junio del 2024, paciente asiste de sus periodica cedula lado ellanos de control y reformulacion de dar y realizan orden de pañales, requiere control con medicina general domiciliaria en 3 meses
- El dia 25 de septiembre del 2024 recibir cita medica de valoracion al hospital Lazarde Mendball I ndiana asistio bien la cita fisica reformulacion de medicamentos y pañales
- El dia 21 de octubre del año 2024 entrega autorizacion de pañales a nivel los
- El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria

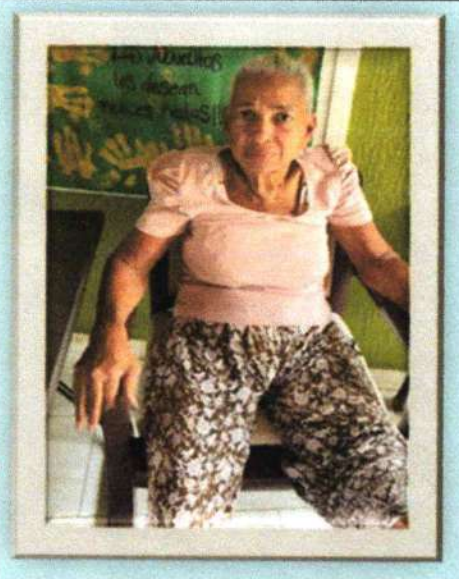


PACIENTE N.M.M PICON NÚMERO DE CEDULA 23245017 DE 93 AÑOS DE SEXO FEMENINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO
Diagnostico de la paciente

Mia, demencia senil, asteviimiento incontinencia urinaria.

- Paciente valorado el 27 de marzo del 2024, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien llega .
Sintomatologia actual a se realiza conciliacion medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses
- paciente valorado el 26 junio del 2024, paciente asiste de sus periodicas solicita laboratorios de control y reformulacion de dar y realizan orden de pañales, requiere control con medicina general domiciliaria en 3 meses
- El dia 25 de septiembre del 2024 recibir cita medica domiciliaria al hospital clarence Mewball I ndiana asistio bien la cita fisica reformulacion de medicamentos y pañales.
- El dia 21 de octubre del año 2024 entrega autorizacion de pañales ortopedicos.
- El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | **FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER** | **Código: FFIOO1**<br>**Fecha:01/03/21**<br>**Version:001** |
|---|---|---|



**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.
- Asiste a cita médica por neurología que indica iniciar administrar quetiapina 50 mg cada 12 horas.
- **Pendiente que la hija solicite cita con psiquiatría**, ya que en varias oportunidades se le comunica los comportamientos que tiene la señora en mención.



**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***

- **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 26 de septiembre 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball l refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
  Cita control dentro de 3 meses.
- **El día 12 de noviembre del año 2024** se traslada al hospital de urgencia por presentar signos y comportamientos alarmante.
  En el hospital deciden hospitalizarla por presentar infección de vías urinarias fuerte y resistente antibiótico de manejo hospitalario.
- **El día 15 de noviembre del año 2024** le dan salida a la señora en mención con antibiótico en casa.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.



**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
- Familiar lleva medicamentos y pañales de la señora en mención ya que su control medico esta bajo la responsabilidad del familiar en este caso seria la hermana de la señora W.

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIO01<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|



**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.
- Asiste a cita médica por neurología que indica iniciar administrar quetiapina 50 mg cada 12 horas.
- **Pendiente que la hija solicite cita con psiquiatria**, ya que en varias oportunidades se le comunica los comportamientos que tiene la señora en mención.



**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***

- **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 26 de septiembre 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball l refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
  Cita control dentro de 3 meses.
- **El día 12 de noviembre del año 2024** se traslada al hospital de urgencia por presentar signos y comportamientos alarmante.
  En el hospital deciden hospitalizarla por presentar infección de vías urinarias fuerte y resistente antibiótico de manejo hospitalario.
- **El día 15 de noviembre del año 2024** le dan salida a la señora en mención con antibiótico en casa.
- **El día 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.



**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
- Familiar lleva medicamentos y pañales de la señora en mención ya que su control medico esta bajo la responsabilidad del familiar en este caso seria la hermana de la señora W.

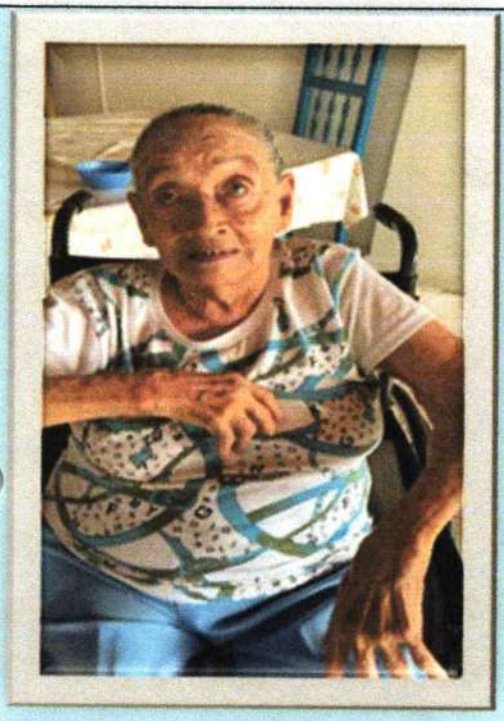
| | | |
|---|---|---|
| | FUNDACION<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN<br>PEDRO CLAVER | Código: FR1003<br>Fecha:01/03/23<br>Version:001 |







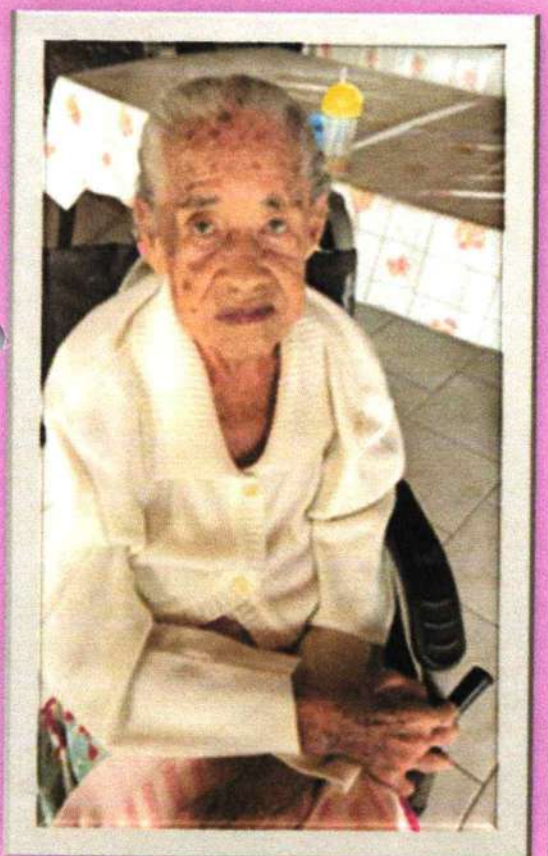
| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | **FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER** | **Código: FFIOO1**<br>**Fecha:01/03/21**<br>**Version:001** |
|---|---|---|



**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 valorado el 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**



**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 valorado el 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIO01<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|



**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 valorado el 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**

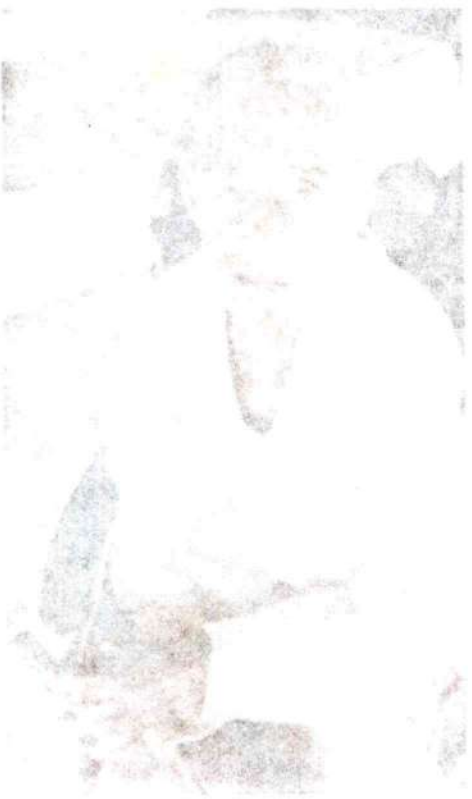


**PACIENTE A.L.D.CON NÚMERO DE CEDULA 20096628 DE 91 AÑOS DE SEXO FEMENINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO**
**Diagnóstico de la paciente**

***Hta, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Fractura Su trocantérica Derecha Hace 1 Año.***

- **Paciente valorado el 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**





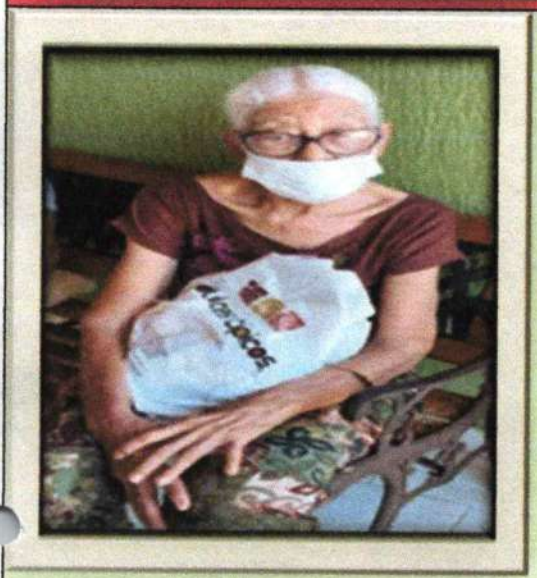
| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | **FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER** | **Código: FFIOO1**<br>**Fecha:01/03/21**<br>**Version:001** |
|---|---|---|



**PACIENTE M.D.C.Z.B CON NÚMERO DE CEDULA 20201096 DE 94 AÑOS DE SEXO FEMENINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO**
**Diagnóstico de la paciente**

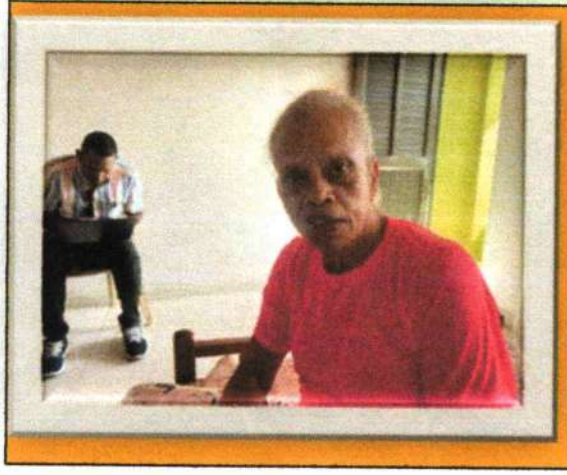
***Hta, Incontinencia Urinaria Y Fecal Y Demencia.***

- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball l refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- **El dia 17 octubre del 2024** asiste a cita de psiquiatria por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir.
- **El dia 26 de enero 2025** cita control domiciliaria



**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 del 2024** 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 del 2024** asiste a brigada de salud en compañía de cuidadora y es valorada por medicina interna quien indica tratamiento a seguir.
- Paciente que se encuentra en seguimiento por parte de fisioterapia del Hogar san pedro claver.



**PACIENTE SH.L.T. B CON NÚMERO DE CEDULA 39150540 DE 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
- **Dia 21 de agosto del 2024** las hermanas la recogen para llevarla a cita médica y regresan con tratamientos a cumplir.
- **El día 26 de octubre del año 2024** recibe atención de medicina general y le ordenan terapia física.

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | **FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER** | **Código: FFIO01**<br>**Fecha:01/03/21**<br>**Version:001** |
|---|---|---|



**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.***

- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- **El día 17 octubre del 2024** asiste a cita de psiquiatria por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir.
- **El día 26 de enero 2025** cita control domiciliaria



**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 del 2024** 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 del 2024** asiste a brigada de salud en compañía de cuidadora y es valorada por medicina interna quien indica tratamiento a seguir.
- Paciente que se encuentra en seguimiento por parte de fisioterapia del Hogar san pedro claver.

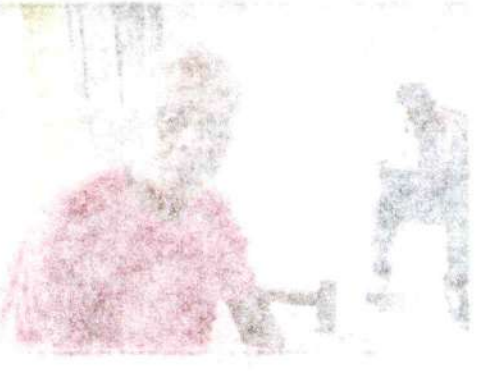


**PACIENTE SH.L.T. B CON NÚMERO DE CEDULA 39150540 DE 71 AÑOS DE SEXO FEMENINO SANITAS.**
**Diagnóstico de la paciente**
***hta, Dm2, dislipidemia, masa en cuello manejo en barranquilla, acv isquémico 09-03-24.***

- 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
- **Dia 21 de agosto del 2024** las hermanas la recogen para llevarla a cita médica y regresan con tratamientos a cumplir.
- **El día 26 de octubre del año 2024** recibe atención de medicina general y le ordenan terapia física.

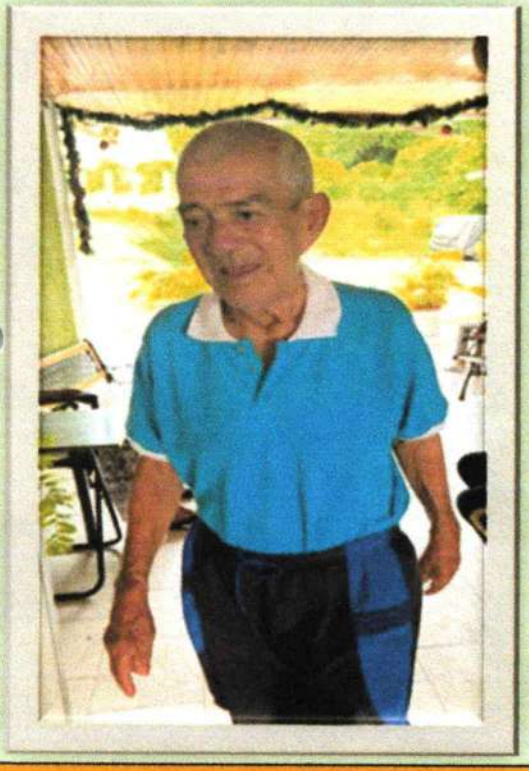






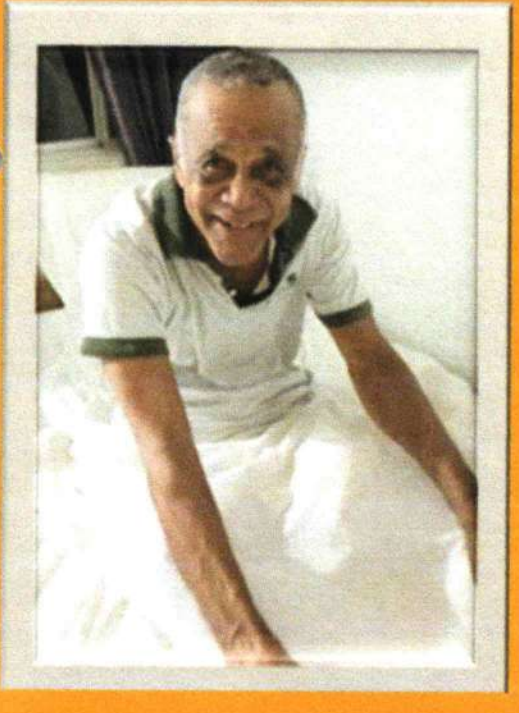
| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIOO1<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|

# PLANTA BAJA



**PACIENTE A.B.D.D. CON NÚMERO DE CEDULA 10057387 DE 75 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO**
**Diagnóstico**
**Discapacidad Auditiva Y De Lenguaje, Demencia Neurodegenerativo, Incontinencia Urinaria Y Fecal.**

- **Paciente valorado el 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**



**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
- El día 26 de septiembre recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
  Cita control dentro de 3 meses
- El dia 21 de octubre del año 2024 entregan autorizacion de pañales ordenados
- Se le realiza cambio de sonda cada 15 dias ya que por parte de urologia indica que la sonda vesical es permanente .

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIOO1<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|

# *PLANTA BAJA*



**PACIENTE A.B.D.D. CON NÚMERO DE CEDULA 10057387 DE 75 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO**
**Diagnóstico**
**Discapacidad Auditiva Y De Lenguaje, Demencia Neurodegenerativo, Incontinencia Urinaria Y Fecal.**

- **Paciente valorado el 27 de marzo del 2024**, paciente acude a consulta acompañado por cuidador a quien niega sintomatología activa, se realiza conciliación medicamentosa, formulación de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados.
- **El dia 26 de enero del 2025 cita domiciliaria.**



**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.**

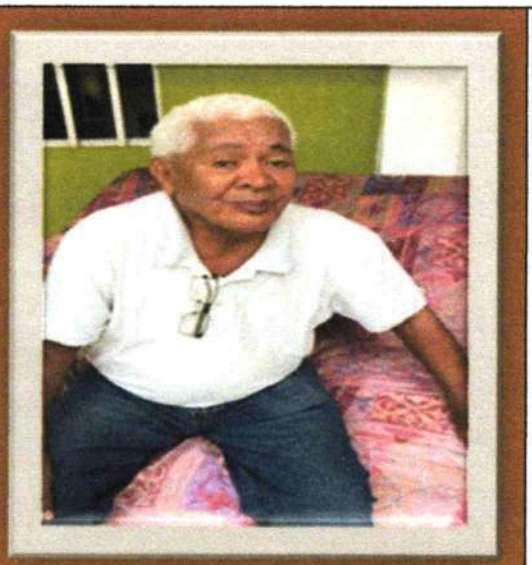
- Paciente valorado el día 26 de junio del 2024 se revisa laboratorios de control del día 19 de junio 2024 y se evidencia uroanálisis y urocultivo con hematuria microscópica, urocultivo sugiere contaminación
- El día 26 de septiembre recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
  Cita control dentro de 3 meses
- El dia 21 de octubre del año 2024 entregan autorizacion de pañales ordenados
- Se le realiza cambio de sonda cada 15 dias ya que por parte de urologia indica que la sonda vesical es permanente .

# PLANTA BAJA





| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIOO1<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|



**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***

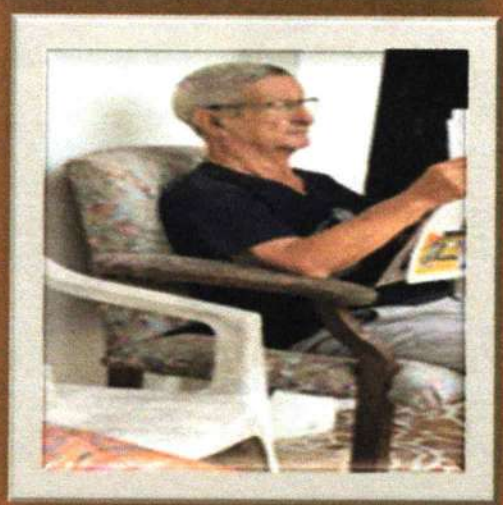
- **El día 26 junio del 2024**, se encuentra hemo dinámicamente estable se revisa laboratorios de control y se encuentra dentro de los parámetros normales.
- **El día 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball l refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- **El dia 17 octubre del 2024** asiste a cita de psiquiatria por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir.
- **El dia 26 de enero 2025** cita control domiciliaria



**PACIENTE L.A.B CON NÚMERO DE CEDULA 6555759 DE 82 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO**

**Diagnóstico HTA, DM2.**

- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball l refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- **El dia 17 octubre del 2024** asiste a cita de psiquiatria por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir.
- **El dia 26 de enero 2025** cita control domiciliaria



**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.
- **El dia 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.
- **El día 24 de septiembre** es operado de circuncisión en el hospital , estuvo en recuperación en casa de su hija.

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIO01<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|



**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***

- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball l refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- **El día 17 octubre del 2024** asiste a cita de psiquiatria por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir.
- **El día 26 de enero 2025** cita control domiciliaria



**PACIENTE L.A.B CON NÚMERO DE CEDULA 6555759 DE 82 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO**

**Diagnóstico HTA, DM2.**

- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball l refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- **El día 17 octubre del 2024** asiste a cita de psiquiatria por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir.
- **El día 26 de enero 2025** cita control domiciliaria



**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.
- **El día 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.
- **El día 24 de septiembre** es operado de circuncisión en el hospital , estuvo en recuperación en casa de su hija.

| | | |
|---|---|---|
| | FUNDACION<br>HOSAR DEL ANCIANO SAN<br>PEDRO CLAVER | Código: PFIC003<br>Fecha:01/03/23<br>Version:001 |



PACIENTE J.P.C. CON NUMERO DE CEDULA 9058845 DE 78 AÑOS DE SEXO MASCULINO NUEVA EPS SUBSIDIADO

Diagnóstico del paciente

HTA. DM2. HIPERPLASIA PROTASTICA BENIGNA

- El día 26 junio del 2024 se encuentra bien dinámicamente estable en sala de laboratorios de control y se encuentra dentro de los parámetros normales.
- El día 26 de septiembre del 2024 recibir cita medica valoración del hospital clínica Newball refiere sentirse bien. la Dra. indica reformulación de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- El día 17 octubre del 2024 asiste a cita de peluquería por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir
- El día 26 de enero 2026 cita control domiciliaria



PACIENTE L.A.B CON NUMERO DE CEDULA 9585759 DE 82 AÑOS DE SEXO MASCULINO. NUEVA EPS SUBSIDIADO

Diagnóstico HTA. DM2.

- El día 26 junio del 2024. se encuentra bastno dinámicamente estable en sala de laboratorios de control y se encuentra dentro de los parámetros normales.
- El día 26 de septiembre del 2024 recibir cita medica domiciliaria del hospital clínica Newball refiere sentirse bien. la Dra. indica reformulación de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- El día 17 octubre del 2024 asiste a cita de peluquería por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir
- El día 26 de enero 2026 cita control domiciliaria



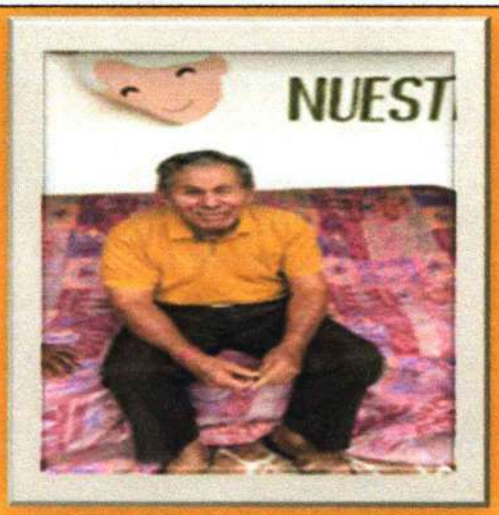
PACIENTE J.J.L.V CON NUMERO DE CEDULA 9084732.PACIENTE DE 81 AÑOS DE SEXO MASCULINO. NUEVA EP SUBSIDIADO

Diagnostico del paciente

Hiperplasia Prostática. Diabetes Mellitus.

- Paciente que asiste a sus controles por sus propios medios y quien nos notifica cambios y citas próxima a tener manejo siguen vitales dentro de los parámetros normales, mantiene buen comportamiento no consumos que tiene control medico Se da tratamientoformacias y control en 3 meses por medicina general.
- El día 24 de septiembre es ordenado de ambulancia en el hospital clínica Newball en las horas de la mañana 8 am, se encuentra en tratamiento en casa de su hija
- El día 24 de septiembre es operado de circuncisión en el hospital. estable en recuperación en casa de su hija.

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIOO1<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|




**PACIENTE O.P CON NÚMERO DE CEDULA 17143359 DE 78 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO**

**Diagnóstico del paciente**

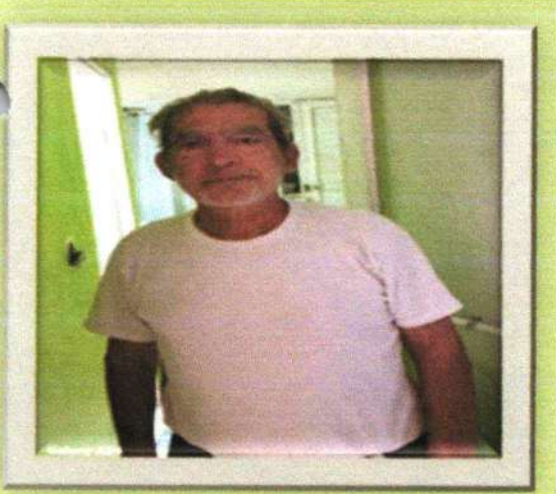
***hta.***

- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- **El dia 17 octubre del 2024** asiste a cita de psiquiatria por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir.
- **El dia 26 de enero 2025** cita control domiciliaria



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

- **El día 26 de septiembre** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- Cita control dentro de 3 meses
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados
- **El dia 26 de enero del 2025** cita control con medicina general



**PACIENTE A.H.L CON NÚMERO DE CEDULA 4611000 DE 81 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS COTIZANTE**

**Diagnóstico HTA Y DM2**

- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- **El dia 17 octubre del 2024** asiste a cita de psiquiatria por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir.
- **El dia 26 de enero 2025** cita control domiciliaria

Ana. Elba Intenio S
Jefe Talento Humano

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIO01<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|




**PACIENTE O.P CON NÚMERO DE CEDULA 17143359 DE 78 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO**

**Diagnóstico del paciente**

***hta.***

- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- **El dia 17 octubre del 2024** asiste a cita de psiquiatria por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir.
- **El dia 26 de enero 2025** cita control domiciliaria



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

- **El día 26 de septiembre** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos y pañales.
- Cita control dentro de 3 meses
- **El dia 21 de octubre del año 2024** entregan autorizacion de pañales ordenados
- **El dia 26 de enero del 2025** cita control con medicina general



**PACIENTE A.H.L CON NÚMERO DE CEDULA 4611000 DE 81 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS COTIZANTE**

**Diagnóstico HTA Y DM2**

- **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 26 de septiembre del 2024** recibir cita médica domiciliaria del hospital clarence Newball I refiere sentirse bien, la Dra. indica reformulación de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- **El dia 17 octubre del 2024** asiste a cita de psiquiatria por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir.
- **El dia 26 de enero 2025** cita control domiciliaria

Dra. Elba Intenio S
Jefe Talento Humano

| | | |
|---|---|---|
| | FUNDACION<br>HOGAR DEL ANCIANO SAN<br>PEDRO CLAVER | Código: FRTDO21<br>Fecha:03/03/21<br>Version:003 |

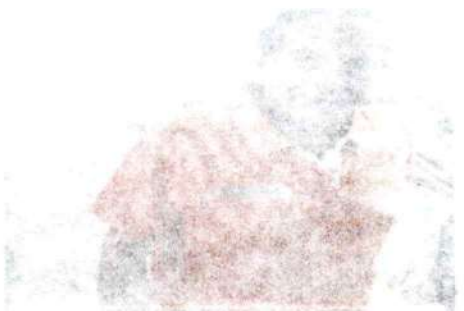


PACIENTE C.P.C CON NUMERO DE CEDULA 1714235S9 DE 78 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO

Diagnostico del paciente

Hta

- El dia 26 junio del 2024, se encuentra bien diligenciamiento adjunto de planillas tomadas de control y se encuentra dentro de los parametros normales
- El dia 26 de septiembre del 2024 recibir cita medica domiciliaria del hospital diurno Newball Welfare se entrega orden la Cita medica reformulacion de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- El dia 17 octubre del 2024 asiste a cita de psiquiatria por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir.
- El dia 26 de enero 2025 cita control domiciliaria

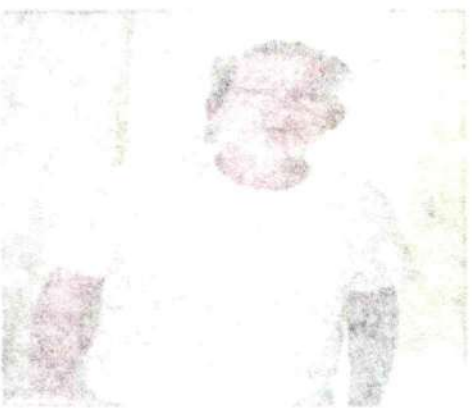


PACIENTE A.A.R.B CON NUMERO DE CEDULA 28209S3 DE 84 AÑOS DE SEXO MASCULINO NUEVA EPS CONTRIBUTIVO

Diagnostico del paciente

Gastritis Cronica Superficial+ Cataratas Superficial

- El dia 26 de septiembre recibir cita medica domiciliaria del hospital diurno Newball Welfare sentirse bien, la Dra ordena reformulacion de medicamentos y exámenes.
- Cita control dentro de 3 meses
- El dia 23 de octubre del año 2024 entregan autorizacion de examenes ordenados
- El dia 26 de enero del 2025 cita control con medicina general



PACIENTE A.M.L CON NUMERO DE CEDULA 4611000 DE 81 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS COTIZANTE

Diagnostico HTA Y DM2

- El dia 26 junio del 2024, se encuentra bien diligenciamiento adjunto de planillas tomadas de control y se encuentra dentro de los parametros normales
- El dia 26 de septiembre del 2024 recibir cita medica domiciliaria del hospital diurno Newball Welfare sentirse bien, la Dra indica reformulacion de medicamentos Cita control dentro de 3 meses
- El dia 17 octubre del 2024 asiste a cita de psiquiatria por falta de sueño y nervios y le indica tratamiento a cumplir.
- El dia 26 de enero 2025 cita control domiciliaria

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.com

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

**CRONOGRAMA EN ATENCION EN SALUD 2024**:

Presentamos el cronograma en atención en salud, gestionado entre el 29 de Octubre y el 29 de Noviembre 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 éste cronograma está ajustado a la disponibilidad de la EPS y a la agenda de la misma.

En el mes de Octubre serán atendido un paciente CX en el centro de atención Hospital Departamental, para Noviembre otro Adulto Mayor para Urología, en el centro de atención Hospital Departamental, para Diciembre, agendaron dos citas (2), adultos mayores, de los cuales uno (1) será atendido en la especialidad de Psiquiatría centro de atención Hospital Departamental y otro en paciente para Medicina Interna, en el puesto de Salud de San Luis.

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.com

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

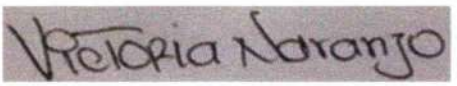
**CRONOGRAMA EN ATENCION EN SALUD 2024:**

Presentamos el cronograma en atención en salud, gestionado entre el 29 de Octubre y el 29 de Noviembre 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 éste cronograma está ajustado a la disponibilidad de la EPS y a la agenda de la misma.

En el mes de Octubre serán atendido un paciente CX en el centro de atención Hospital Departamental, para Noviembre otro Adulto Mayor para Urología, en el centro de atención Hospital Departamental, para Diciembre, agendaron dos citas (2), adultos mayores, de los cuales uno (1) será atendido en la especialidad de Psiquiatría centro de atención Hospital Departamental y otro en paciente para Medicina Interna, en el puesto de Salud de San Luis.

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIOO1<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|



**VICTORIA NARANJO W.**
Enfermera Jefe

*ELBA INTENCIPA SARMIENTO*
**HNA. ELBA INTENCIPA SARMIENTO**
**JEFE DE TALENTO HUMANO**

**CRONOGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD 2024**

| NOMBRE | ESPECIALIDAD | FECHA | HORA | LUGAR |
|---|---|---|---|---|
| RUBY TAYLOR | PSIQUIATRIA | 02-DIC-2024 | 2:00 PM | HOSPITAL |
| DELFINA NEWBALL | MEDICINA INTERNA | 15-DIC-2024 | 10:30 AM | PUESTO DE SALUD SAN LUIS |
| LUIS CARLOS MONSALVE | CX | 25-NOV-2024 | 7:00 AM | LYND |
| LINO BRITON | UROLOGIA | 25-10-24 | 2:20 P.M | HOSPITAL |

| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | Código: FFIO01<br>Fecha:01/03/21<br>Version:001 |
|---|---|---|



**VICTORIA NARANJO W.**
Enfermera Jefe



**HNA. ELBA INTENCIPA SARMIENTO**
**JEFE DE TALENTO HUMANO**

**CRONOGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD 2024**

| NOMBRE | ESPECIALIDAD | FECHA | HORA | LUGAR |
|---|---|---|---|---|
| RUBY TAYLOR | PSIQUIATRÍA | 02-DIC-2024 | 2:00 PM | HOSPITAL ✓ |
| DELFINA NEWBALL | MEDICINA INTERNA | 15-DIC-2024 | 10:30 AM | PUESTO DE SALUD SAN LUIS |
| LUIS CARLOS MONSALVE | CX | 25-NOV-2024 | 7:00 AM | LYND ✓ |
| LINO BRITON | UROLOGIA | 25-10-24 | 2:20 P.M | HOSPITAL ✓ |

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.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 Octubre de 2024 y el 29 de Noviembre 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 y en cualquier momento es oportuno compartir y festejar en familia, recordando la unión y los valores que se necesitan y adquirieron en el hogar, realizando un compartir, estimulando la cognición a través de adivinanzas, participando en la fiestas de la natividad del señor, realizando carteleras y anuncios de navidad, a través de trabajos en equipo, para agudizar la visión con imágenes y juegos como los bolos, midiendo la fuerza y la exactitud en tumbar el bolín.

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.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 Octubre de 2024 y el 29 de Noviembre 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 y en cualquier momento es oportuno compartir y festejar en familia, recordando la unión y los valores que se necesitan y adquirieron en el hogar, realizando un compartir, estimulando la cognición a través de adivinanzas, participando en la fiestas de la natividad del señor, realizando carteleras y anuncios de navidad, a través de trabajos en equipo, para agudizar la visión con imágenes y juegos como los bolos, midiendo la fuerza y la exactitud en tumbar el bolín.

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

## REPORTE DE ACTIVIDADES

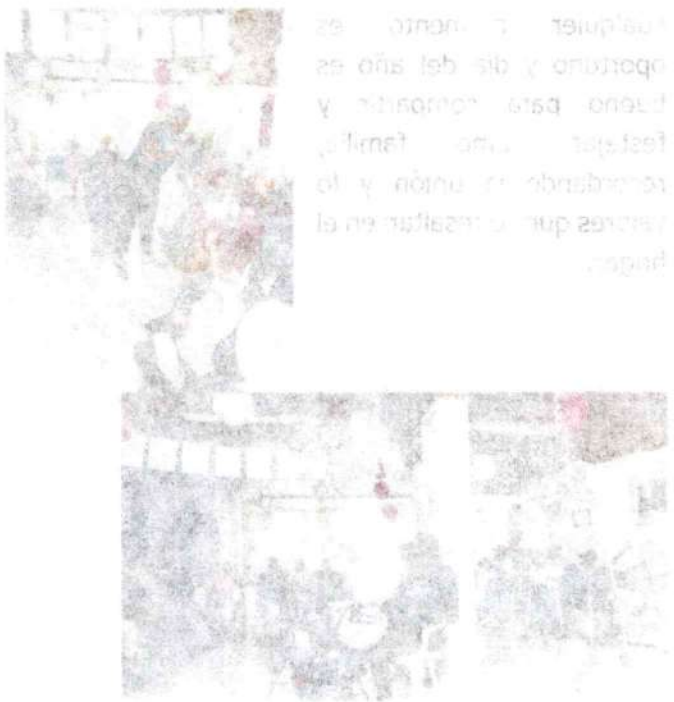
| **PERIODO DEL INFORME** | **29 DE OCTUBRE AL 29 DE NOVIEMBRE DE 2024** |
|---|---|
| **OBJETIVOS Y FECHAS** | **DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD** |
| **02 DE NOVIEMBRE DEL 2024**<br>➢ **REALICEMOS UN COMPARTIR.**<br>➢ Dedicarles tiempo, recuérdeles lo importante que es compartir sin ninguna razón especifica, recordando valores. | cualquier momento es oportuno y día del año es bueno para compartir y festejar como familia, recordando la unión y lo valores que se resaltan en el hogar.<br><br> |
| **06 DE NOVIEMBRE DEL 2024**<br>➢ **¡ADIVINANZAS!**<br>➢ favorecer la estimulación cognitiva, para retrasar el deterioro que provoca el alzhéimer. | Ayudan a ejercitar el cerebro, mejorar la imaginación y el pensamiento abstracto, y pueden ayudar a evitar la pérdida de habilidades cognitivas. |

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

# REPORTE DE ACTIVIDADES

**PERIODO DEL INFORME** **29 DE OCTUBRE AL 29 DE NOVIEMBRE DE 2024**

| OBJETIVOS Y FECHAS | DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD |
|---|---|
| **02 DE NOVIEMBRE DEL 2024**<br><br>**REALICEMOS UN COMPARTIR.**<br><br>➢ Dedicarles tiempo, recuérdeles lo importante que es compartir sin ninguna razón especifica, recordando valores. | cualquier momento es oportuno y día del año es bueno para compartir y festejar como familia, recordando la unión y lo valores que se resaltan en el hogar.<br><br><br><br> |
| **06 DE NOVIEMBRE DEL 2024**<br><br>**¡ADIVINANZAS!**<br><br>➢ favorecer la estimulación cognitiva, para retrasar el deterioro que provoca el alzhéimer. | Ayudan a ejercitar el cerebro, mejorar la imaginación y el pensamiento abstracto, y pueden ayudar a evitar la pérdida de habilidades cognitivas. |



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





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









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

**08 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

- **¡FELICES FIESTAS!**

  - Los adultos en nuestro hogar San Pedro Claver pintaron sus manos y dejaron huella en una cartelera que se encuentra en la entrada del hogar dando la bienvenida a estas hermosas fechas.

La navidad es la fiesta para expresar gratitud, amor y el compartir como familia. Una época del año llena de alegría, por eso los abuelos participaron en la realización de una cartelera alusiva a la navidad dejando sus huellas.




**13 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

- **EL DESAFIO HOGAR SAN PEDRO CLAVER.**

  - La agilidad implica controlar el cuerpo, y mejora la coordinación, el equilibrio, la velocidad, la fuerza, los reflejos y la resistencia.

Por medio de dos equipos el azul y el equipo verde, los abuelos del hogar compitieron de manera sana y grata por cual equipo es más rápido y ágil pasando las bolitas de su color correspondiente.

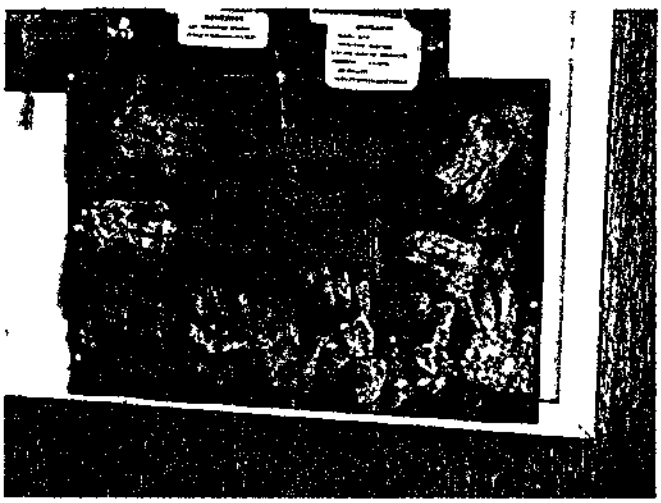
| FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | INFORME DE ACTIVIDADES | RECREACIONISTA |
|---|---|---|

**08 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

- **¡FELICES FIESTAS!**

  - Los adultos en nuestro hogar San Pedro Claver pintaron sus manos y dejaron huella en una cartelera que se encuentra en la entrada del hogar dando la bienvenida a estas hermosas fechas.

La navidad es la fiesta para expresar gratitud, amor y el compartir como familia. Una época del año llena de alegría, por eso los abuelos participaron en la realización de una cartelera alusiva a la navidad dejando sus huellas.



**13 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

- **EL DESAFIO HOGAR SAN PEDRO CLAVER.**

  - La agilidad implica controlar el cuerpo, y mejora la coordinación, el equilibrio, la velocidad, la fuerza, los reflejos y la resistencia.

Por medio de dos equipos el azul y el equipo verde, los abuelos del hogar compitieron de manera sana y grata por cual equipo es más rápido y ágil pasando las bolitas de su color correspondiente.

# INFORME DE ACTIVIDADES

**08 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

- "LUCES FIESTAS"

- Los grupos con nuestro bojar San Pedro Clavel disfrutan de una merienda en la que juegan y bailan al ritmo de la música.



**13 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

- EL DESAFÍO BOGAR SAN PEDRO CLAVER.

- La agilidad implica controlar el cuerpo, y requiere la coordinación, el equilibrio, la velocidad, la fuerza, los reflejos y la resistencia.

La navidad es la fiesta para expresar cariño, amor y el compartir como familia. Una época del año llena de alegría, por eso los abuelos participaron en la realización de una cartelera alusiva a la navidad dejando ver sus habilidades.

Por medio de dos equipos el azul y el equipo verde, los abuelos del bogar compitieron de manera sana y grata por cual equipo es más rápido y ágil pasando los balones de su color correspondiente.

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





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





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

**15 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

- **TRABAJO EN EQUIPO.**
  - Favorecer la movilidad articular, ayuda a mantener la movilidad y a reducir el riesgo de lesiones.

Actividad física dirigida a miembro superior, el cual por medio de una ronda cada adulto sería el puente o canal para pasar la pelota de un punto A hacia un punto B.



**19 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

- **ENCUENTRA LAS DIFERENCIAS.**
  - Actividades que ayuda a desarrollar la memoria visual, la percepción visual, y a entrenar el cerebro.

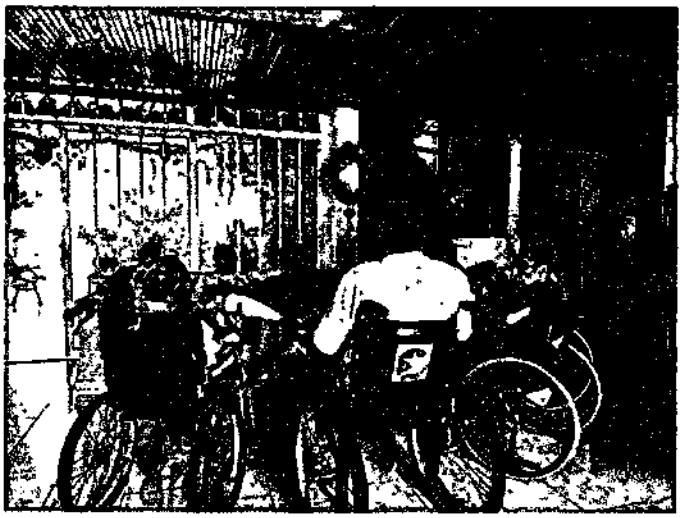
Los abuelitos en el hogar, agudizaron los sentidos, exactamente la vista, por medio de unas imágenes relativamente parecidas, tenían que observar y analizar las diferencias entre cada una de ellas.

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

**15 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

- **TRABAJO EN EQUIPO.**
  - Favorecer la movilidad articular, ayuda a mantener la movilidad y a reducir el riesgo de lesiones.

Actividad física dirigida a miembro superior, el cual por medio de una ronda cada adulto sería el puente o canal para pasar la pelota de un punto A hacia un punto B.



**19 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

- **ENCUENTRA LAS DIFERENCIAS.**
  - Actividades que ayuda a desarrollar la memoria visual, la percepción visual, y a entrenar el cerebro.

Los abuelitos en el hogar, agudizaron los sentidos, exactamente la vista, por medio de unas imágenes relativamente parecidas, tenían que observar y analizar las diferencias entre cada una de ellas.

# INFORME DE ACTIVIDADES

PRECREACIONISTA

15 DE NOVIEMBRE DEL 2024

TRABAJO EN EQUIPO.

- Favorece la movilidad, ayuda a desarrollar la movilidad y a reducir el riesgo de lesiones



15 DE NOVIEMBRE DEL 2024

- ENCUENTRA LAS DIFERENCIAS.

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





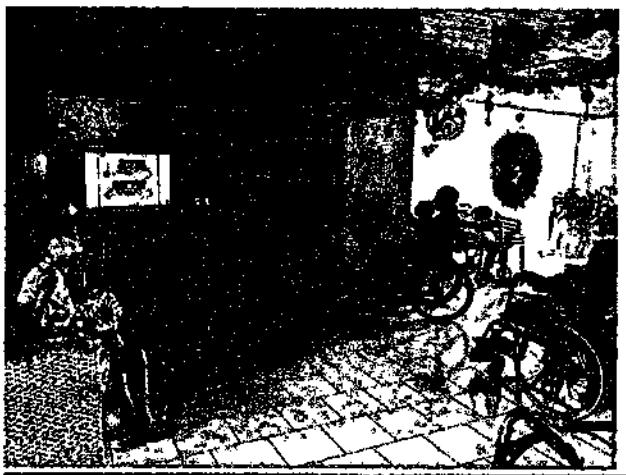
**21 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

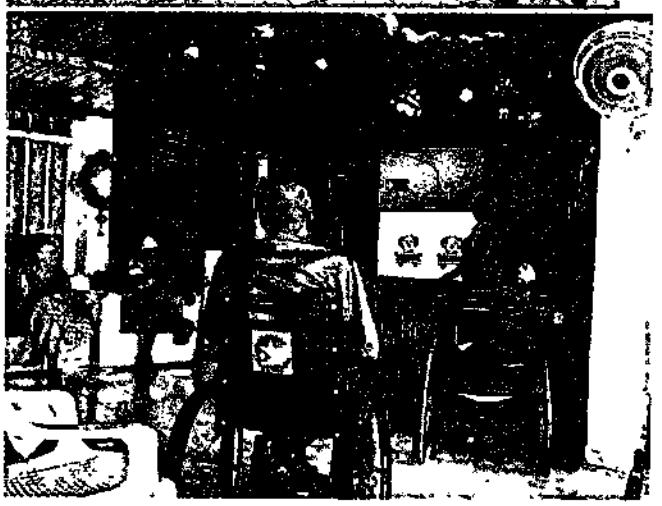
- **¡JUGANDO BOLOS!**

Es una actividad grupal que fomenta el compañerismo y la creación de lazos de amistad, Fomenta una competencia sana y la constancia para mejorar la técnica.

- Mejora la coordinación mano-ojo, el equilibrio, la flexibilidad y la fuerza en brazos, piernas y espalda

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





**21 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

**¡JUGANDO BOLOS!**

- Mejora la coordinación mano-ojo, el equilibrio, la flexibilidad y la fuerza en brazos, piernas y espalda

Es una actividad grupal que fomenta el compañerismo y la creación de lazos de amistad, Fomenta una competencia sana y la constancia para mejorar la técnica.





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





**25 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

- **FUERZA**

- Los ejercicios de fuerza ayudan a fortalecer los músculos, tendones y ligamentos, lo que reduce el riesgo de lesiones. También ayudan a mejorar la densidad ósea, lo que disminuye el riesgo de osteoporosis y fracturas.

Por medio de una botella de agua, cada adulto en el hogar realiza movimientos de flexión y extensión de hombros, codo y muñecas, la botella hace la función de pesa para cumplir el objetivo de fortalecer musculatura en miembro superior.

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





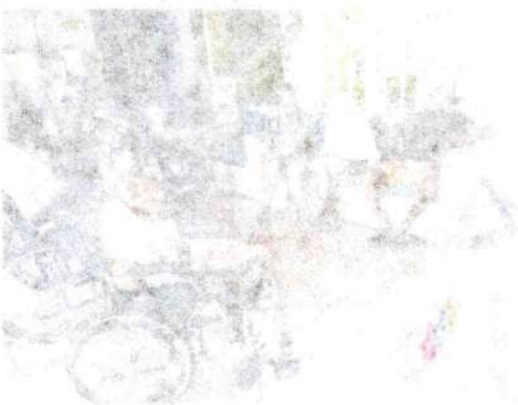
**25 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

Por medio de una botella de agua, cada adulto en el hogar realiza movimientos de flexión y extensión de hombros, codo y muñecas, la botella hace la función de pesa para cumplir el objetivo de fortalecer musculatura en miembro superior.

- **FUERZA**

- Los ejercicios de fuerza ayudan a fortalecer los músculos, tendones y ligamentos, lo que reduce el riesgo de lesiones. También ayudan a mejorar la densidad ósea, lo que disminuye el riesgo de osteoporosis y fracturas.





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





Delfis Sierra M.

**DELFIS DEL CARMEN SIERRA MARTINEZ**
**C.C. 1.123.638.988**

Hna. Elba Intencipa

**Hna. ELBA ELINA INTENCIPA SARM**
**JEFE DE PERSONAL**

*VICARIATO APOSTOLICO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA.*

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



Delfis Sierra M.

**DELFIS DEL CARMEN SIERRA MARTINEZ**
**C.C. 1.123.638.988**

Hna. Elba Intencipa

**Hna. ELBA ELINA INTENCIPA SARM**
**JEFE DE PERSONAL**

*VICARIATO APOSTOLICO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA.*

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.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 Octubre de 2024 hasta el 29 de Noviembre de 2024. Así:

En las actividades Psicológicas se realizó la motricidad fina, en cada AM para medir la empatía con los compañeros. El manejo de la ansiedad como valoración psicológica. la concentración y habilidades sociales como la comunicación, comprensión lectora, la memoria, el estado mental y cognitivo, test de depresión y prevención de trastornos o síndromes mentales, para valorar el trastorno mental, estado de ánimo.

En las actividades Terapéuticas se realizaron tamizajes de peso y talla, para conocer la situación nutricional del AM. Acompañada de terapia física que sirven para que el adulto mayor mantenga la movilidad, la fuerza muscular y el equilibrio junto con la coordinación de desplazamiento.

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.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 Octubre de 2024 hasta el 29 de Noviembre de 2024. Así:

En las actividades Psicológicas se realizó la motricidad fina, en cada AM para medir la empatía con los compañeros. El manejo de la ansiedad como valoración psicológica. la concentración y habilidades sociales como la comunicación, comprensión lectora, la memoria, el estado mental y cognitivo, test de depresión y prevención de trastornos o síndromes mentales, para valorar el trastorno mental, estado de ánimo.

En las actividades Terapéuticas se realizaron tamizajes de peso y talla, para conocer la situación nutricional del AM. Acompañada de terapia física que sirven para que el adulto mayor mantenga la movilidad, la fuerza muscular y el equilibrio junto con la coordinación de desplazamiento.

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

**INFORME 6**

**ACTIVIDADES REALIZADAS PSICOLOGA**

**Lugar:** Hogar del anciano San Pedro Claver
**Mes :** 29 Octubre – 29 Noviembre.

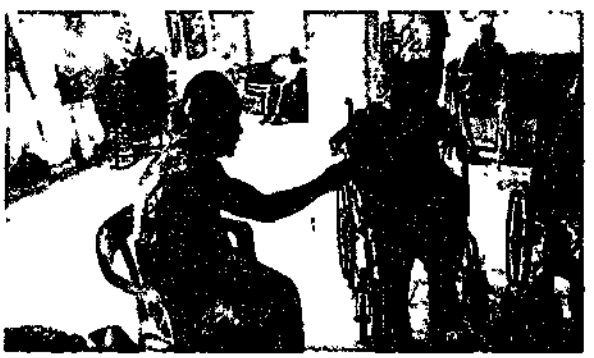
| ACTIVIDAD | EVIDENCIA |
|---|---|
| Actividad grupal realizada con adultos mayores en la cual se trabajo la motricidad fina en cada una de ellas, la concentración y las habilidades sociales como la comunicación.<br>Este tipo de actividades ayudan a la mejora de la autoestima, la concentración, destrezas físicas.<br><br>En esta actividad se resalta tema a trabajar el cual fue la empatía con nuestros compañeros que se encuentran a situación diferente de discapacidad ya sea física o mental. | <br> |
| | |

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

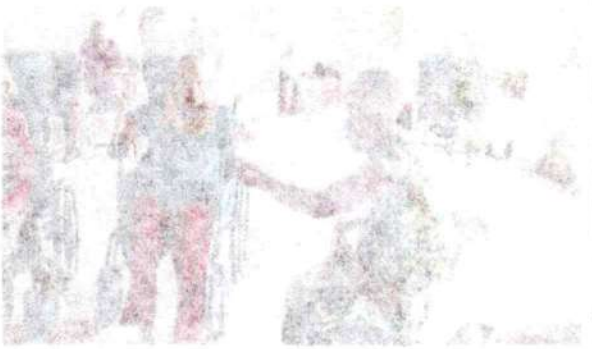
**INFORME 6**

**ACTIVIDADES REALIZADAS PSICOLOGA**

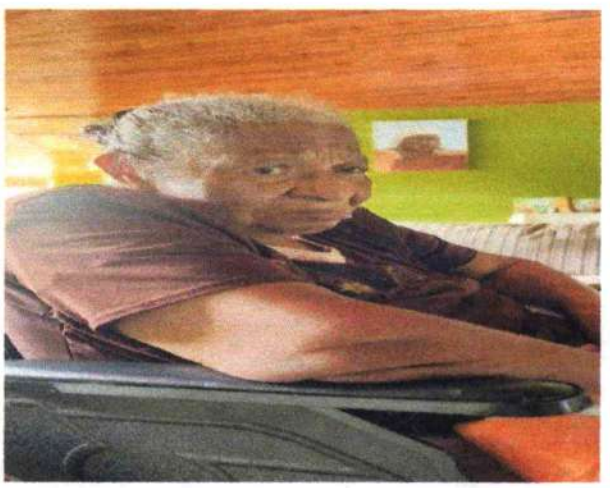
**Lugar:** Hogar del anciano San Pedro Claver
**Mes :** 29 Octubre – 29 Noviembre.

| ACTIVIDAD | EVIDENCIA |
|---|---|
| Actividad grupal realizada con adultos mayores en la cual se trabajo la motricidad fina en cada una de ellas, la concentración y las habilidades sociales como la comunicación.<br>Este tipo de actividades ayudan a la mejora de la autoestima, la concentración, destrezas físicas.<br><br>En esta actividad se resalta tema a trabajar el cual fue la empatía con nuestros compañeros que se encuentran a situación diferente de discapacidad ya sea física o mental. | <br> |
| | |

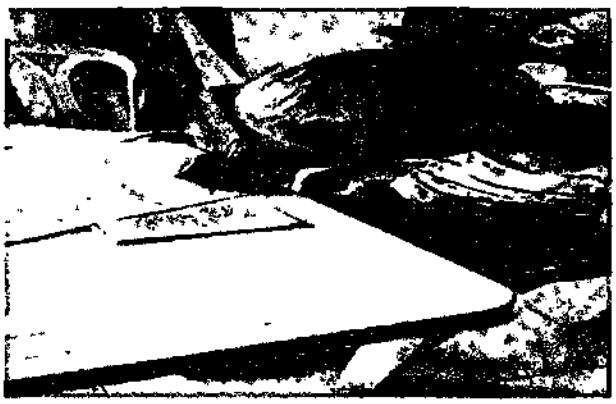




FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

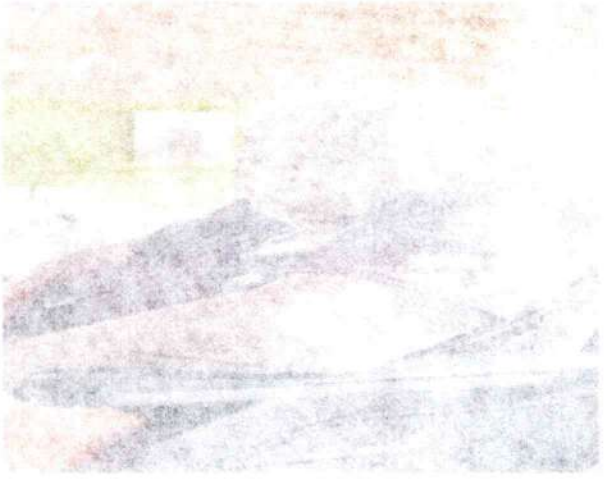
| | |
|---|---|
| Valoración psicológica de seguimiento a adulto mayor, en la cual se realizan técnicas para el manejo de la ansiedad, se dejan herramientas básicas de tareas para ejecutar día a día y se le realiza seguimiento constante a su posible diagnostico. |  |
| Atención psicológica individual a adulto mayor, en la cual se realizan actividades de concentración, memoria, motricidad, esto con el fin de potencializar habilidades las cuales son de importancia para el desarrollo de sus actividades diarias, se realizan preguntas de básicas de estado animo para validar salud mental de adulto mayor y evitar posibles diagnósticos de estrés, ansiedad, depresión, entre otros. |  |
| Atención individual a adulto mayor: la cual se realiza por notorio cambio de estado anímico, se realizan test de memoria con el fin de evaluar posible trastorno mental , sin embargo se evidencia que los estados de ánimo cambiantes pueden surgir por dolores físicos constantes, es importante realizar terapias físicas al adulto mayor para evitar lesiones y enfermedades a consecuencia de |  |

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

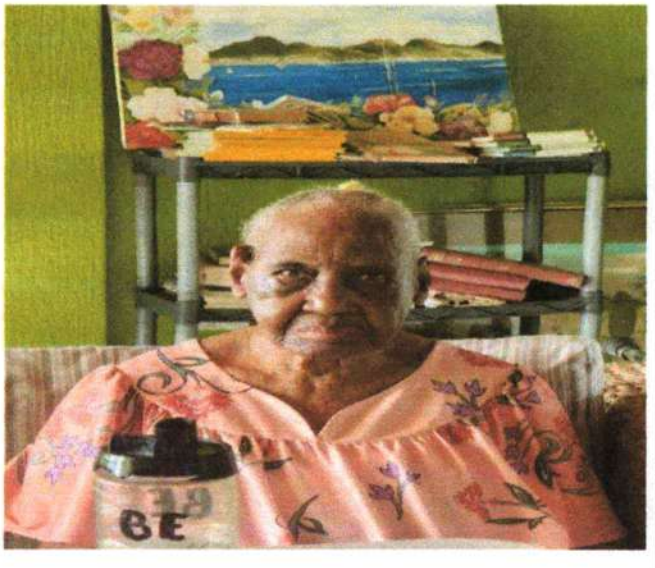
| | |
|---|---|
| Valoración psicológica de seguimiento a adulto mayor, en la cual se realizan técnicas para el manejo de la ansiedad, se dejan herramientas básicas de tareas para ejecutar día a día y se le realiza seguimiento constante a su posible diagnostico. |  |
| Atención psicológica individual a adulto mayor, en la cual se realizan actividades de concentración, memoria, motricidad, esto con el fin de potencializar habilidades las cuales son de importancia para el desarrollo de sus actividades diarias, se realizan preguntas de básicas de estado animo para validar salud mental de adulto mayor y evitar posibles diagnósticos de estrés, ansiedad, depresión, entre otros. |  |
| Atención individual a adulto mayor: la cual se realiza por notorio cambio de estado anímico, se realizan test de memoria con el fin de evaluar posible trastorno mental , sin embargo se evidencia que los estados de ánimo cambiantes pueden surgir por dolores físicos constantes, es importante realizar terapias físicas al adulto mayor para evitar lesiones y enfermedades a consecuencia de |  |





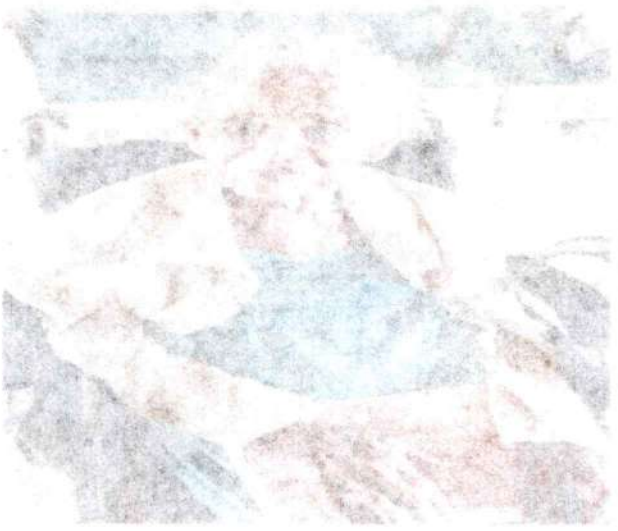


FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | |
|---|---|
| pequeños dolores físicos no tratados. | |
| Valoración individual a adulto mayor la cual se realiza de manera periódica, con el fin evaluar su estado mental se realiza con el fin de acompañar al adulto mayor en esta etapa de su vida, de mostrar apoyo y de conocer su pensamiento día a día, es importante realizar valoración psicológicas de manera periódica aunque el adulto mayor muestre estar en excelente estado, esto se realiza con el fin de evitar cualquier posible trastorno mental. |  |
| Actividad individual con adulto mayor en la cual se trabajó en esta sesión todo lo relacionado con la concentración y la memoria, esto con el fin de fortalecer la cognición y deterioro del mismo. |  |

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | |
|---|---|
| pequeños dolores físicos no tratados. | |
| Valoración individual a adulto mayor la cual se realiza de manera periódica, con el fin evaluar su estado mental se realiza con el fin de acompañar al adulto mayor en esta etapa de su vida, de mostrar apoyo y de conocer su pensamiento día a día, es importante realizar valoración psicológicas de manera periódica aunque el adulto mayor muestre estar en excelente estado, esto se realiza con el fin de evitar cualquier posible trastorno mental. |  |
| Actividad individual con adulto mayor en la cual se trabajó en esta sesión todo lo relacionado con la concentración y la memoria, esto con el fin de fortalecer la cognición y deterioro del mismo. |  |





FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | |
|---|---|
| Actividad grupal de concentración y habilidades finas, en la cual se realizaron varias actividades armando rompecabezas con ayuda en algunos casos, esto ayudo al adulto mayor a concentrarse y ejercitar varias áreas de su cerebro para poder resolver actividad. |  |
| Actividad grupal: Se reúne la mayor cantidad de adultos mayores para realizar esta actividad de cine, donde la mayoría se evidencia muy atentos y participativos con la temática expuesta en la actividad, esta actividad se ha realizado de manera constante por parte de psicología, teniendo muy buena aceptación por ellos. |  |

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 Noviembre del año 2024.

Karen Causil.

Karen Lorena Causil
CC 1123631533
TP 260102

Ana Elsa Interiano
Jefe Talento Humano.

**FUNDACIÓN**
**HOGAR del ANCIANO**
**SAN PEDRO CLAVER**

| | |
|---|---|
| Actividad grupal de concentración y habilidades finas, en la cual se realizaron varias actividades armando rompecabezas con ayuda en algunos casos, esto ayudo al adulto mayor a concentrarse y ejercitar varias áreas de su cerebro para poder resolver actividad. |  |
| Actividad grupal: Se reúne la mayor cantidad de adultos mayores para realizar esta actividad de cine, donde la mayoría se evidencia muy atentos y participativos con la temática expuesta en la actividad, esta actividad se ha realizado de manera constante por parte de psicología, teniendo muy buena aceptación por ellos. |  |

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 Noviembre del año 2024.

Karen Causil.

Karen Lorena Causil
CC 1123631533
TP 260102

Ana Elsa Interiano
Jefe Talento Humano





FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Contratista | SAUL BARRIOS MARIMON | | CC | 18010118 | |
| Objeto | Presentar un plan de acompañamiento psicosocial a 35 personas adultas mayores beneficiarias | | | | |
| Periodo del Informe | | Desde: | 29 de octubre de 2024 | Hasta: | 29 de noviembre 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**<br>• Reducir las molestias y el dolor en el adulto mayor<br>• Reeducar la marcha<br>• Recuperar y fortalecer la masa muscular<br>• Aumentar la flexibilidad<br>• Mejorar el control postural<br>• Mejorar la sensibilidad y capacidad articular<br>• Mejorar la coordinación y el equilibrio (evitando posibles caídas) |
| | |

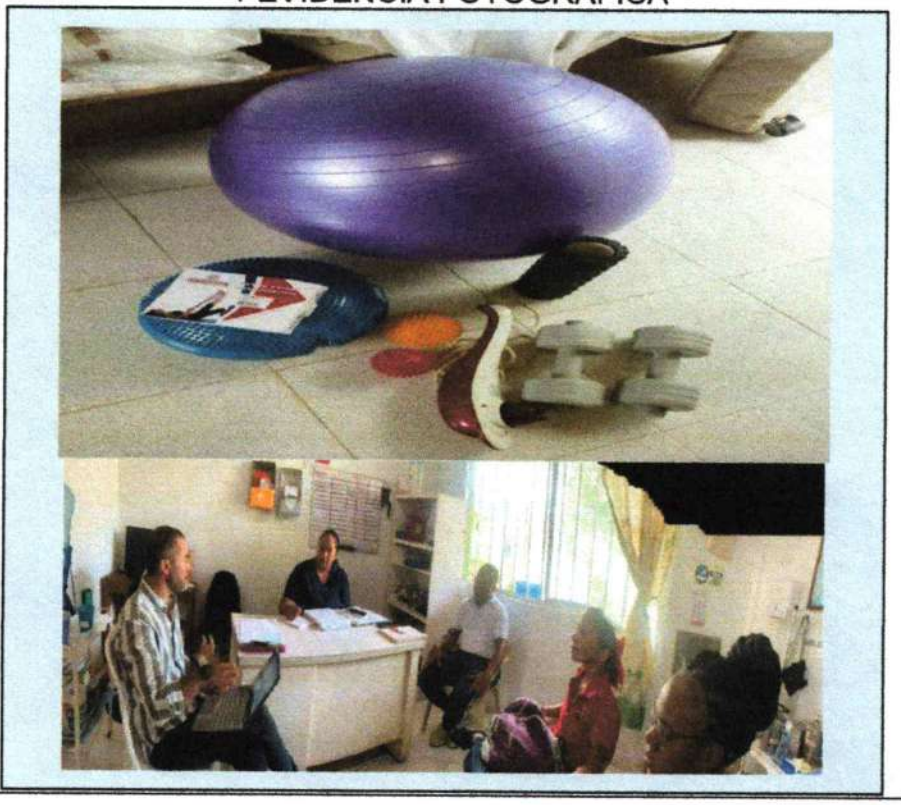
FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| 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: | 29 de octubre de 2024 | Hasta: | 29 de noviembre 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**<br>• Reducir las molestias y el dolor en el adulto mayor<br>• Reeducar la marcha<br>• Recuperar y fortalecer la masa muscular<br>• Aumentar la flexibilidad<br>• Mejorar el control postural<br>• Mejorar la sensibilidad y capacidad articular<br>• Mejorar la coordinación y el equilibrio (evitando posibles caídas) |
| | |

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | |
|---|---|
| 1 | **ACTIVIDADES JUNIO**<br>DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO.<br><br>S e crea una base de datos con la información de la totalidad de los adultos mayores del hogar.<br>Se realizó un tamizaje de peso y talla para conocer situación nutricional en que se encontraba el adulto mayor y nos ayudara a disminuir el riesgo de problemas de salud, como la diabetes, enfermedades cardiacas, renales.<br>Se realizó valoraciones a los adultos mayores del ancianito para tener un diagnóstico preciso y poder brindarles un tratamiento adecuado y oportuno.<br>se adquirieron equipos de fisioterapias para la atención de los adultos mayores del hogar (balones, teraban, masajeador, pesas, rodillos, balancín)<br><br>1 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

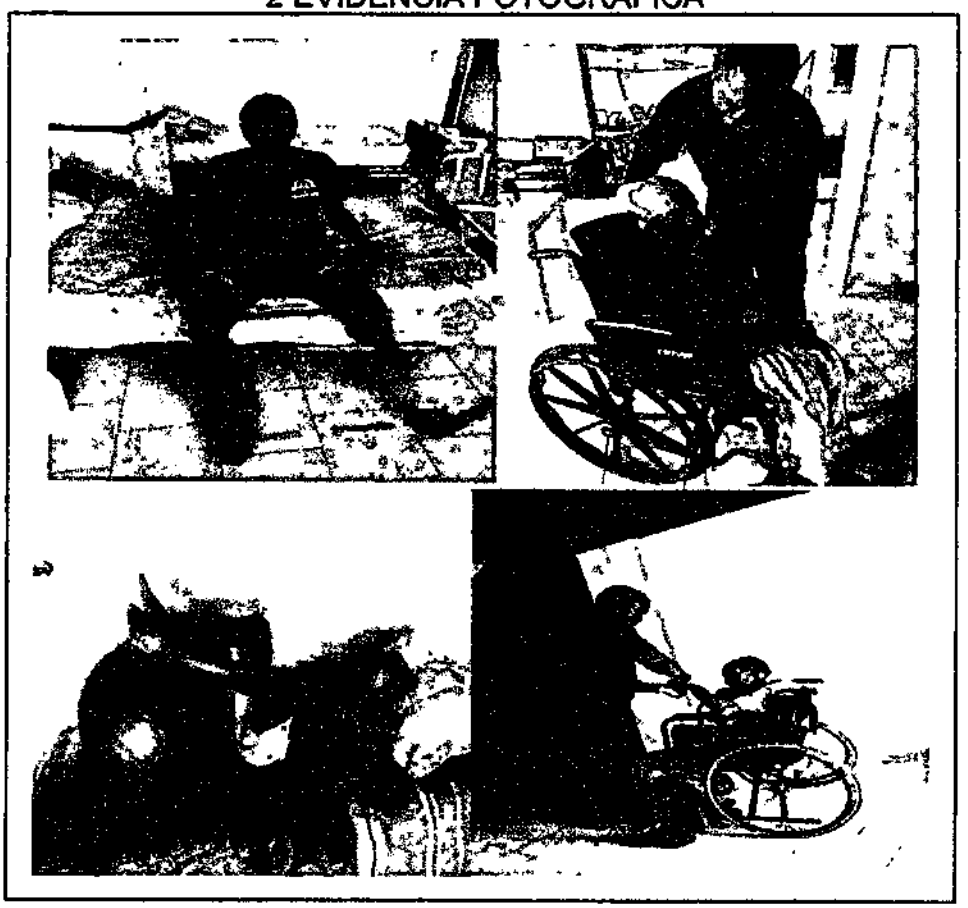
| | |
|---|---|
| 1 | **ACTIVIDADES JUNIO**<br>DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO.<br><br>S e crea una base de datos con la información de la totalidad de los adultos mayores del hogar.<br>Se realizó un tamizaje de peso y talla para conocer situación nutricional en que se encontraba el adulto mayor y nos ayudara a disminuir el riesgo de problemas de salud, como la diabetes, enfermedades cardiacas, renales.<br>Se realizó valoraciones a los adultos mayores del ancianito para tener un diagnóstico preciso y poder brindarles un tratamiento adecuado y oportuno.<br>se adquirieron equipos de fisioterapias para la atención de los adultos mayores del hogar (balones, teraban, masajeador, pesas, rodillos, balancín)<br><br>1 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |

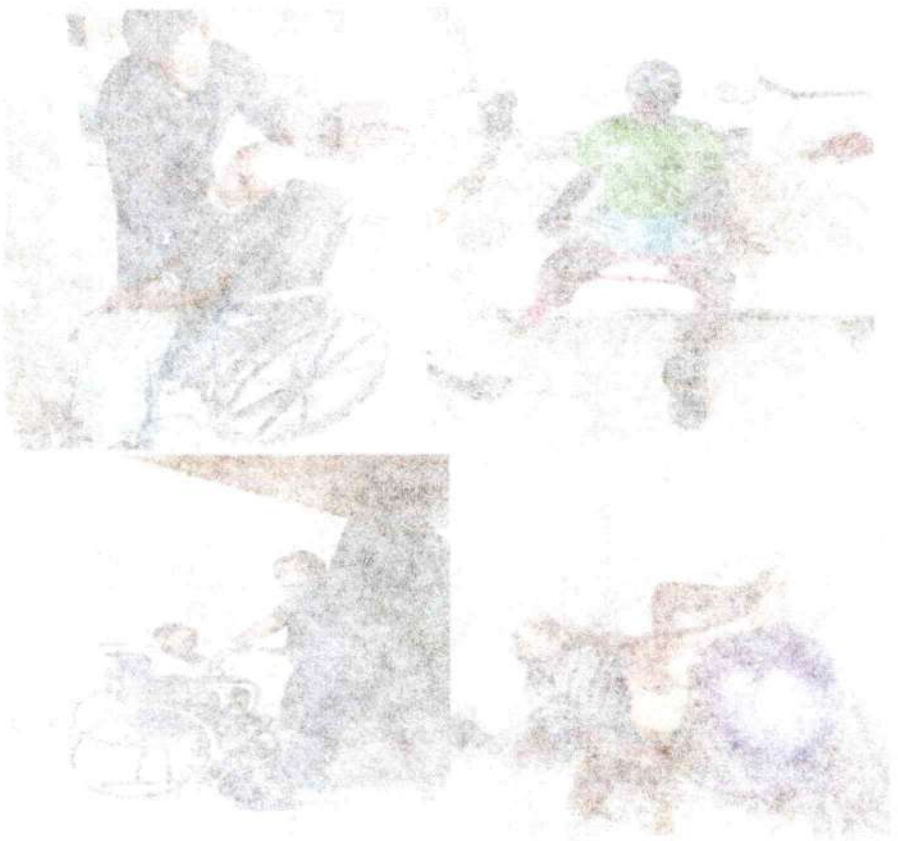


FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | |
|---|---|
| 2 | **ACTIVIDADES JULIO**<br><br>DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO.<br><br>Se realizó valoraciones y tratamiento oportuno por parte de fisioterapia para mejorar condiciones en el adulto mayor.<br><br>2 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br><br> |
| | |

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | |
|---|---|
| | **ACTIVIDADES JULIO** |
| 2 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO.<br><br>Se realizó valoraciones y tratamiento oportuno por parte de fisioterapia para mejorar condiciones en el adulto mayor.<br><br>2 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |
| | |



FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

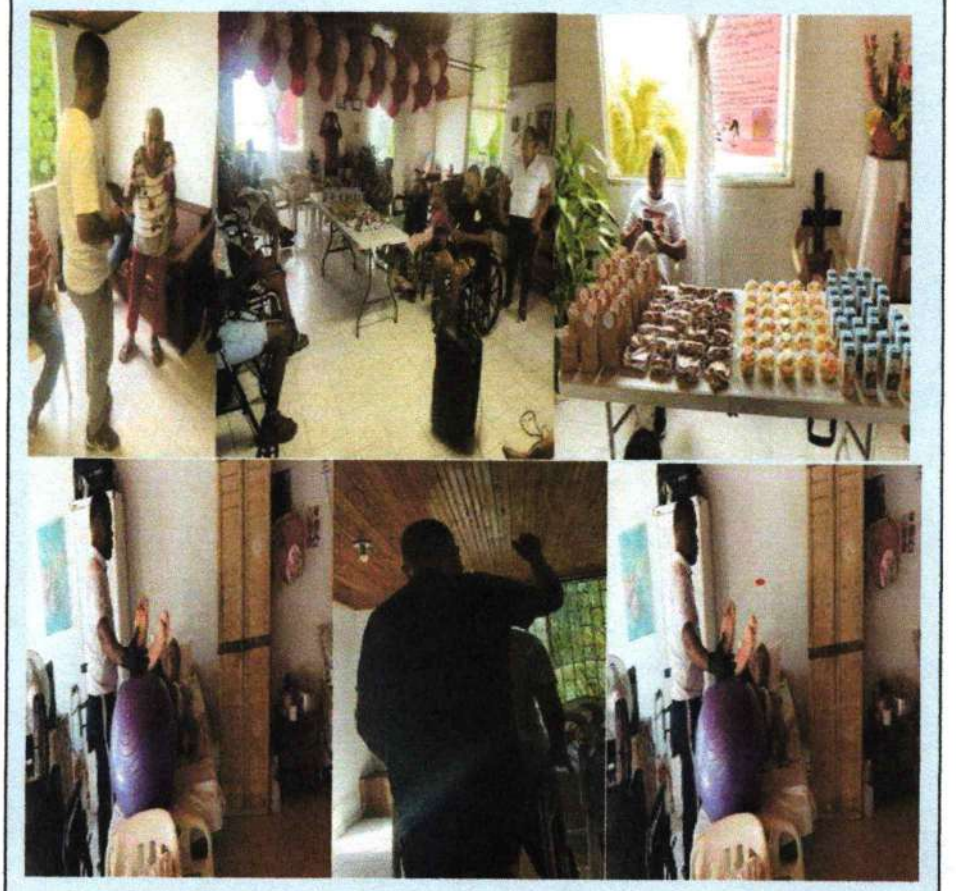
| | |
|---|---|
| 3 | **ACTIVIDADES AGOSTO**<br><br>DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>Se realizó celebración del DIA DEL ADULTO MAYOR, donde se realizaron actividades lúdico recreativas con todos los usuarios del hogar (bingo, bailes, juegos de mesa y regalos sorpresas).<br><br>Se realizó valoraciones y tratamiento oportuno por parte de fisioterapia para mejorar condiciones en el adulto mayor.<br><br>3 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br><br> |
| | |

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

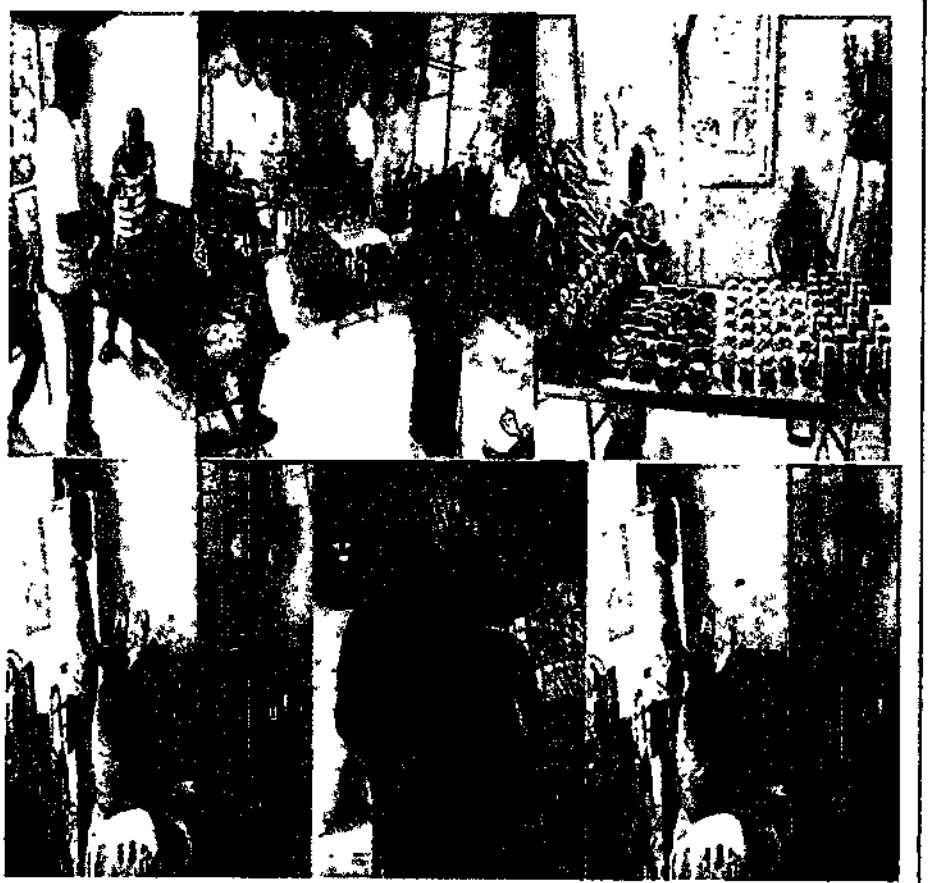
| | |
|---|---|
| 3 | **ACTIVIDADES AGOSTO**<br><br>DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>Se realizó celebración del DIA DEL ADULTO MAYOR, donde se realizaron actividades lúdico recreativas con todos los usuarios del hogar (bingo, bailes, juegos de mesa y regalos sorpresas).<br><br>Se realizó valoraciones y tratamiento oportuno por parte de fisioterapia para mejorar condiciones en el adulto mayor.<br><br>3 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br><br> |
| | |

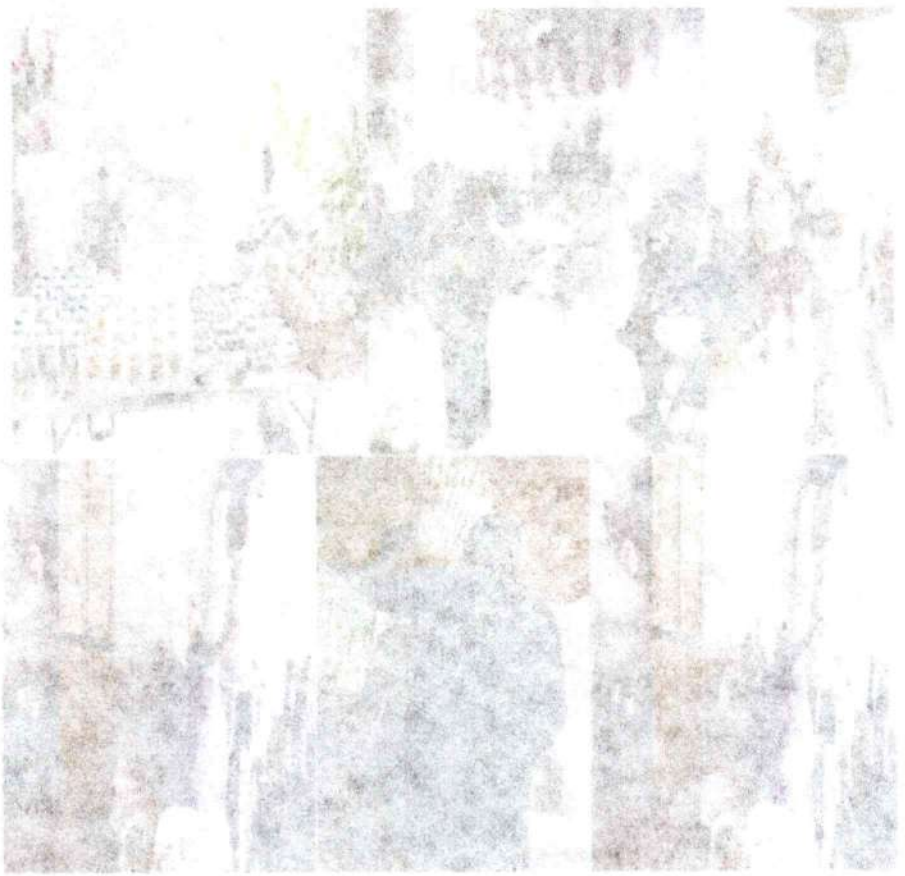


FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

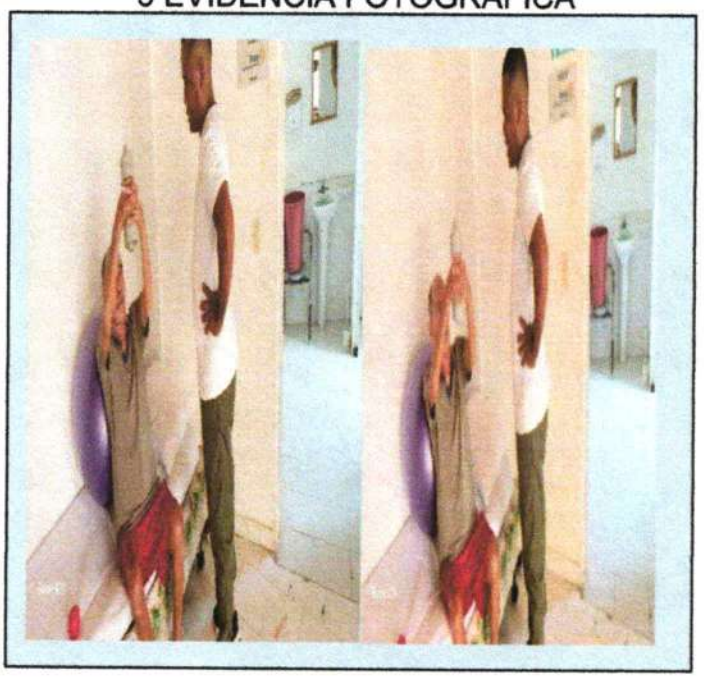
| | |
|---|---|
| | **ACTIVIDADES SEPTIEMBRE** |
| 4 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFIC.<br><br>Se realizó actividad de celebración del DIA DE AMOR Y AMISTAD.<br><br>Se realizó valoraciones y tratamiento oportuno por parte de fisioterapia para mejorar condiciones en el adulto mayor.<br><br>4 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br><br> |

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

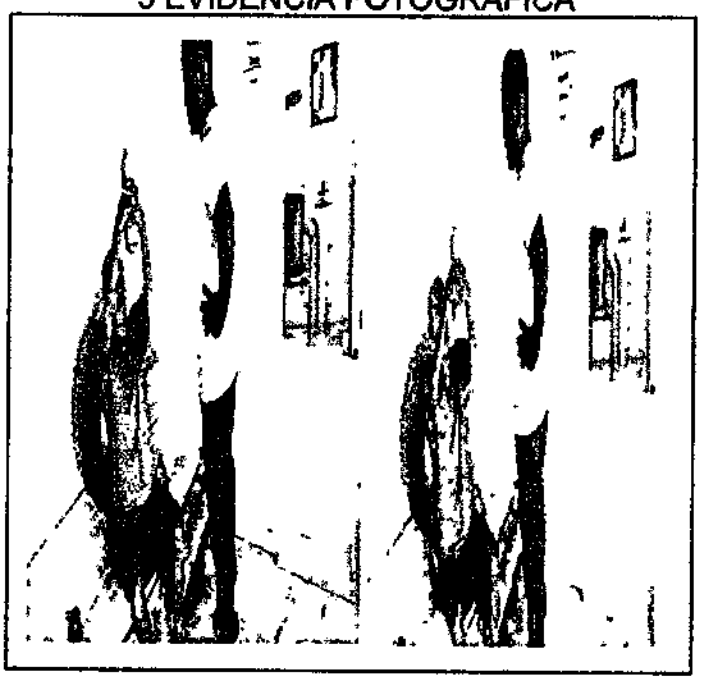
| | ACTIVIDADES SEPTIEMBRE |
|---|---|
| 4 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFIC.<br><br>Se realizó actividad de celebración del DIA DE AMOR Y AMISTAD.<br><br>Se realizó valoraciones y tratamiento oportuno por parte de fisioterapia para mejorar condiciones en el adulto mayor.<br><br>4 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br><br> |

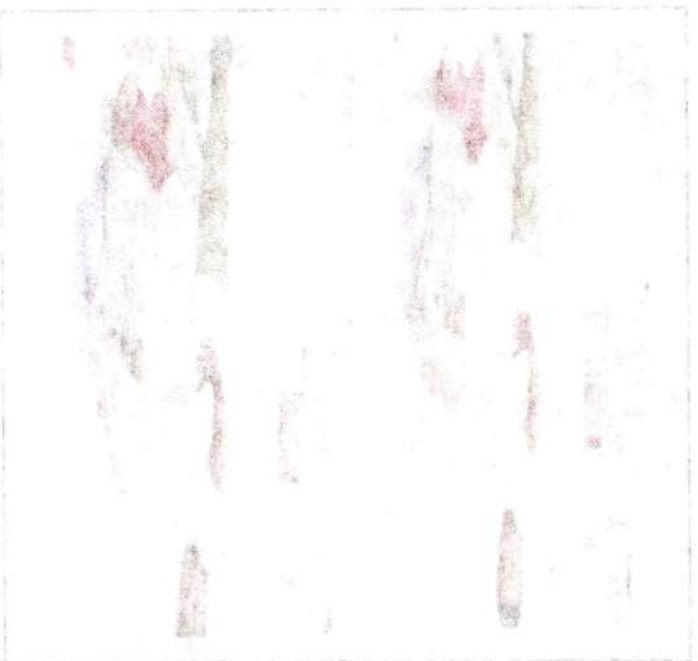


FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

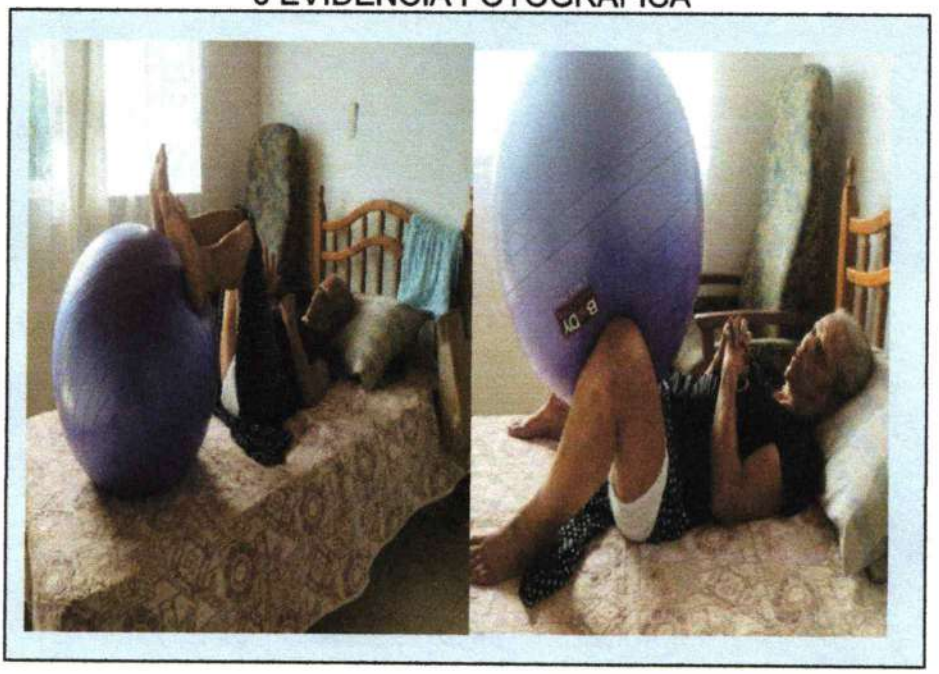
| | ACTIVIDADES OCTUBRE |
|---|---|
| 5 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>Se realizó valoraciones y tratamiento oportuno por parte de fisioterapia para mejorar condiciones en el adulto mayor.<br><br>5 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | ACTIVIDADES OCTUBRE |
|---|---|
| 5 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>Se realizó valoraciones y tratamiento oportuno por parte de fisioterapia para mejorar condiciones en el adulto mayor.<br><br>5 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |



FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

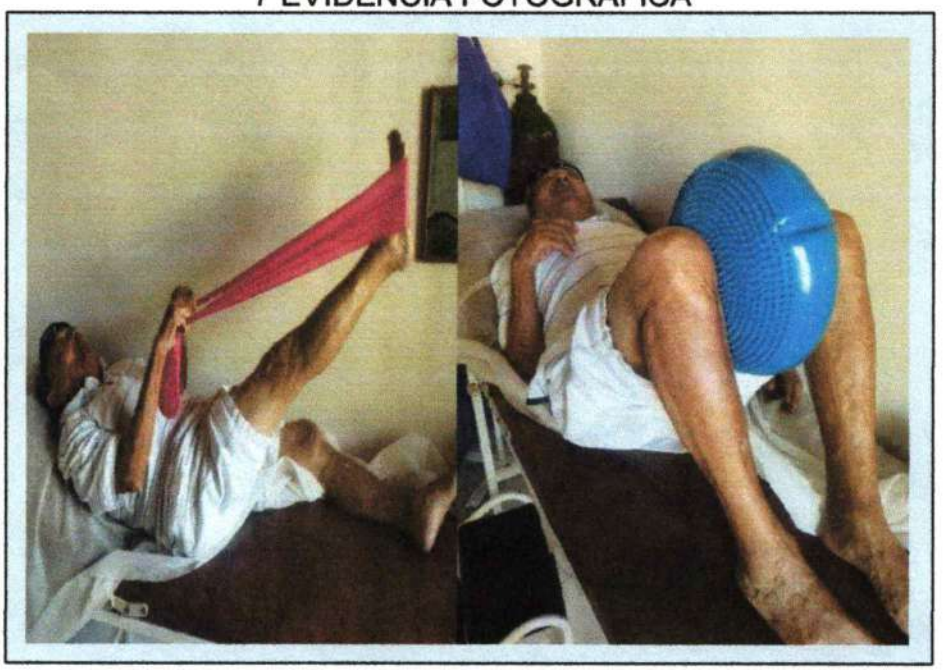
| | |
|---|---|
| 6 | **ACTIVIDADES NOVIEMBRE**<br><br>DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>Se realizó valoraciones y tratamiento oportuno por parte de fisioterapia para mejorar condiciones en el adulto mayor.<br><br>Se realiza sección de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (SHEILA TAYLOR BRYAN)<br><br>6 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br><br> |

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | ACTIVIDADES NOVIEMBRE |
|---|---|
| 6 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>Se realizó valoraciones y tratamiento oportuno por parte de fisioterapia para mejorar condiciones en el adulto mayor.<br><br>Se realiza sección de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (SHEILA TAYLOR BRYAN)<br><br>6 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |

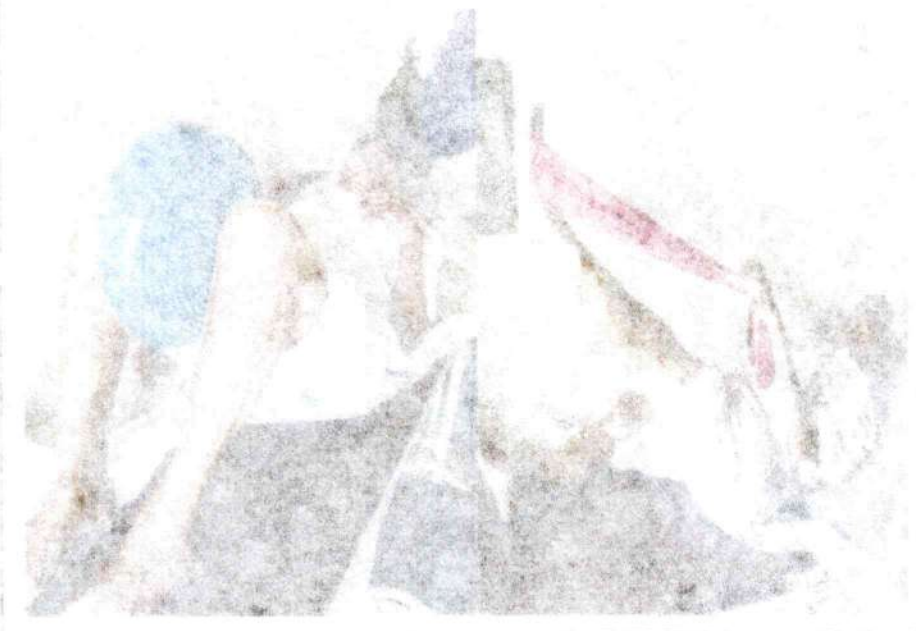


FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | |
|---|---|
| | **ACTIVIDADES DE NOVIEMBRE** |
| 7 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (LUIS ALFONSO BARRIENTOS)<br><br>7 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | |
|---|---|
| | **ACTIVIDADES DE NOVIEMBRE** |
| 7 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (LUIS ALFONSO BARRIENTOS)<br><br>7 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |

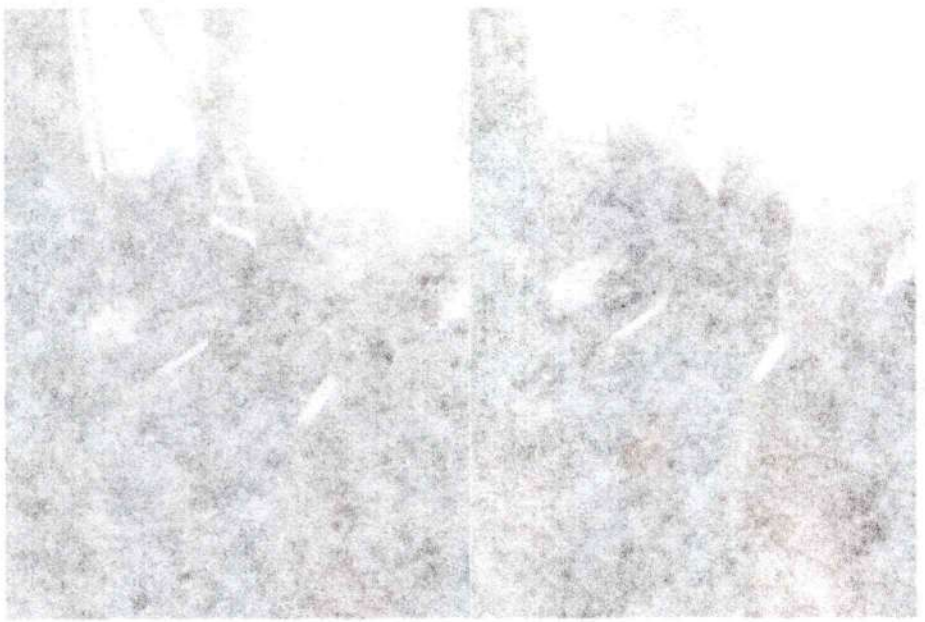


FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

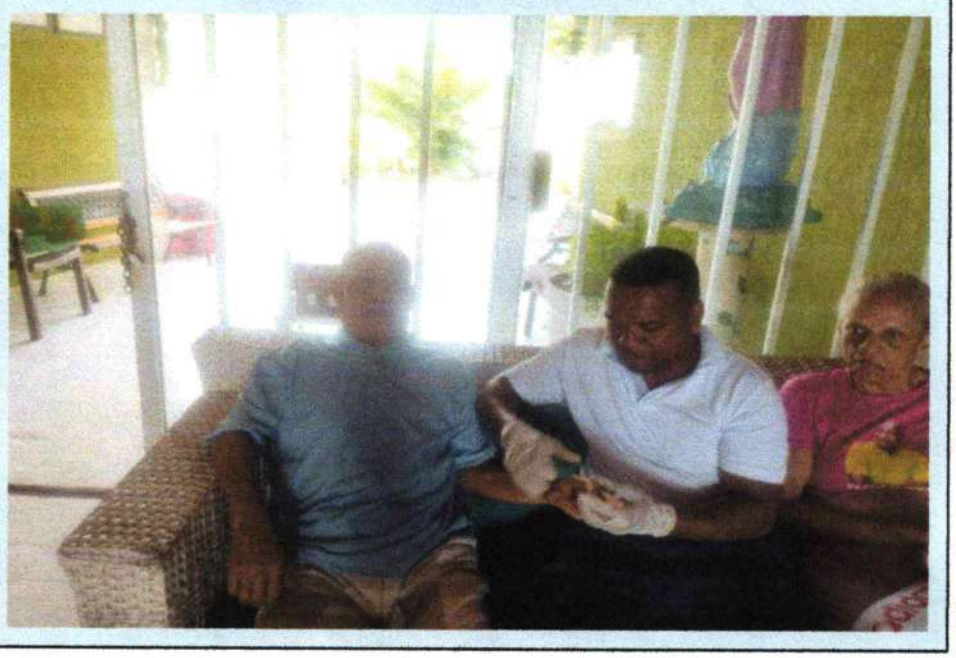
| | ACTIVIDADES NOVIEMBRE |
|---|---|
| 8 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (JOSE CONCEPSION PAJARO)<br><br>8 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | ACTIVIDADES NOVIEMBRE |
|---|---|
| 8 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (JOSE CONCEPSION PAJARO)<br><br>8 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |



FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

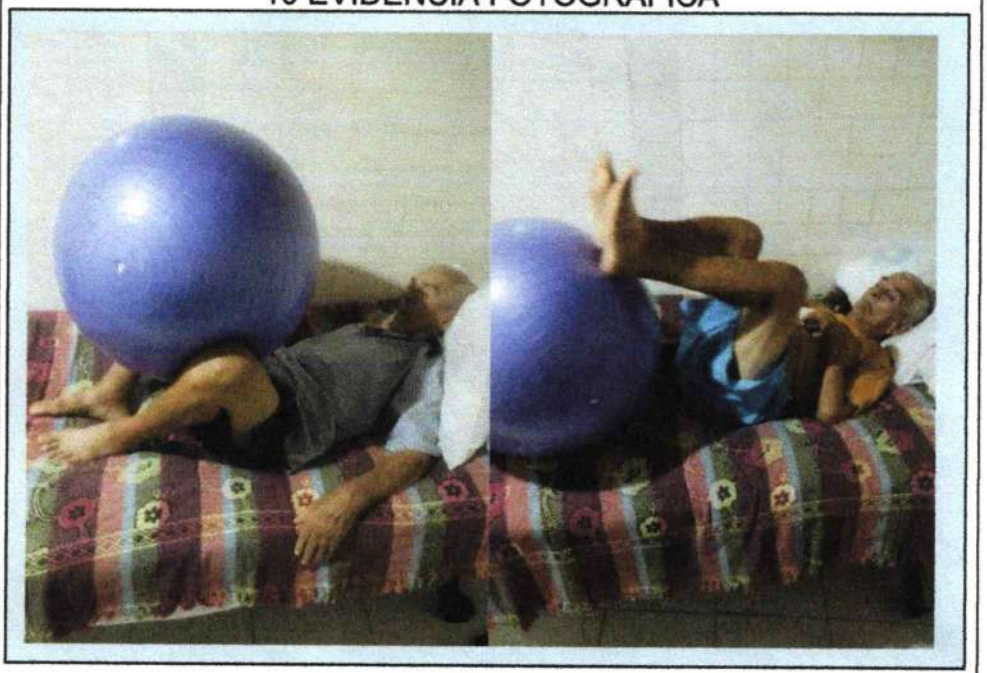
| | |
|---|---|
| | **ACTIVIDADES NOVIEMBRE** |
| 9 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (ARGEMIRO HERNANDEZ)<br><br>9 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | |
|---|---|
| | **ACTIVIDADES NOVIEMBRE** |
| 9 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (ARGEMIRO HERNANDEZ)<br><br>9 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |



FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | ACTIVIDADES NOVIEMBRE |
|---|---|
| 10 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (ALVARO BOSCO)<br><br>10 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |

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

Saul Barrios M

**Contratista**
**Saúl Barrios Marimon**

Ana Elba Intriago D.

**Supervisor del contrato**

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

| | ACTIVIDADES NOVIEMBRE |
|---|---|
| 10 | DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO<br><br>se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (ALVARO BOSCO)<br><br>10 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA<br> |

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

Saul Barrios M

**Contratista**
**Saúl Barrios Marimon**

Ana Elba Interiano D

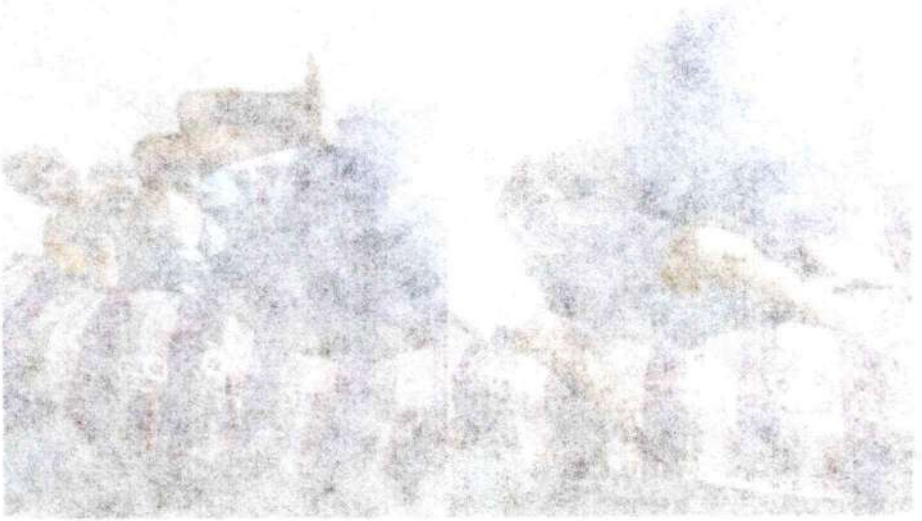
**Supervisor del contrato**

ACTIVIDADES NOVIEMBRE

DESCRIPCION DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECIFICO

Se realiza sesión de terapia física a paciente adulto mayor del hogar san pedro Claver (ALVARO BOSCO)

10 EVIDENCIA FOTOGRAFICA



La constancia de lo anterior se firma el presente informe a los 25 días de septiembre de2020.

Supervisor del contrato

Contratista
Saúl Ramos Martinez

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.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 $606.218.907 pesos y se han erogado $655.999.588 el saldo a favor del presente informe es de $49.780.681 por cobrar.*

Para el Desembolso número 6, adjuntamos el quinto informe correspondiente de Octubre 29 de 2024 a Noviembre 29 de 2024, los gastos de este periodo fueron de $169.760.759 pesos se recibieron $98.686.799 pesos, de los cuales se descontaron $6.344.152 de impuesto de estampilla, que se asumieron en el presupuesto en el rublo de alojamiento, generando un valor facturado por Alojamiento de ($5.505.851). Al igual con el monto de la alimentación para respaldar las prestaciones sociales de los empleados se descontó del monto a recibir $10.633.059.

Presentamos la plantilla presupuestal del mes, el cuadro de erogaciones por rublo y el presupuesto general con saldo a cobrar a la gobernación por valor de $49.780.681 pesos ml. Adjuntamos copias de erogaciones del mes.

FUNDACION
HOGAR DEL ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

NIT: 892.400.442-5
LOMA TAMBRANT TREE NRO.35-73 LA LOMA
E mail: fundacionhogardelancianosp@gmail.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 $606.218.907 pesos y se han erogado $655.999.588 el saldo a favor del presente informe es de $49.780.681 por cobrar.*

Para el Desembolso número 6, adjuntamos el quinto informe correspondiente de Octubre 29 de 2024 a Noviembre 29 de 2024, los gastos de este periodo fueron de $169.760.759 pesos se recibieron $98.686.799 pesos, de los cuales se descontaron $6.344.152 de impuesto de estampilla, que se asumieron en el presupuesto en el rublo de alojamiento, generando un valor facturado por Alojamiento de ($5.505.851). Al igual con el monto de la alimentación para respaldar las prestaciones sociales de los empleados se descontó del monto a recibir $10.633.059.

Presentamos la plantilla presupuestal del mes, el cuadro de erogaciones por rublo y el presupuesto general con saldo a cobrar a la gobernación por valor de $49.780.681 pesos ml. Adjuntamos copias de erogaciones del mes.

**PLANTILLA PRESUPUESTAL**

**CONTRATO CO1.PCCNTR.6363944**

**DE MAYO 29 DE 2024 AL 29 DE NOVIEMBRE DE 2024**

| | | | | RECURSO HUMANO | 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 |
| SEP 30-2024 | 2298 | NOMINA DE EMPLEADOS DE SEPTIEMBRE 2024 | 20241034 | $ 33,810,664 | | | | $ 33,810,664 | | -$ 9,487,017 |
| OCT 4-2024 | 5582 | GOBERNACION DEPART. FVHA4 SEP 28-2024 | 20241035 | | $ 6,344,152 | | | $ 6,344,152 | $ 98,686,799 | $ 82,855,630 |
| OCT 8-2024 | 2309 | APORTES EN LINEA SALUD OCTUBRE 2024 | 20241036 | $ 11,410,500 | | | | $ 11,410,500 | | $ 71,445,130 |
| OCT 28-2024 | 2326 | SAUL BARRIOS. SERV FISIOTERAPEUTA SEP29 OCT28 | 20241037 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 69,733,130 |
| OCT 28-2024 | 2327 | KAREN CAUSIL. SERV PSICOLOGIA SEP 29 OCT 28 | 20241038 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 68,021,130 |
| OCT 28-2024 | 2328 | DELFIS SIERRA. SERV RECREACION SEP29 OCT28 | 20241039 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 66,309,130 |
| OCT 28-2024 | CXC OCT28 | SERV ALOJAMIENTO AM 30 $395.000 C/U | 20241040 | | $ 5,505,851 | | | $ 5,505,851 | | $ 60,803,279 |
| OCT 28-2024 | CXC OCT28 | SERV ALIMENTACION AM 30 A $43.900 C/U. | 20241041 | | | $ 39,510,000 | | $ 39,510,000 | | $ 21,293,279 |
| OCT 30-2024 | 2331 | NOMINA DE EMPLEADOS DE OCTUBRE 2024 | 20241142 | $ 35,605,423 | | | | $ 35,605,423 | | -$ 14,312,144 |
| NOV 08-2024 | 5609 | GOBERNACION DEPART. FVHA5 OCT28-2024 | 20241143 | | $ 6,344,152 | | | $ 6,344,152 | $ 98,686,799 | $ 78,030,503 |
| NOV 12-2024 | 2339 | APORTES EN LINEA SALUD NOVIEMBRE 2024 | 20241144 | $ 11,840,800 | | | | $ 11,840,800 | | $ 66,189,703 |
| NOV 29-2024 | 2355 | NOMINA DE EMPLEADOS DE NOVIEMBRE 2024 | 20241145 | $ 33,847,973 | | | | $ 33,847,973 | | $ 32,341,730 |
| NOV 29-2024 | 2356 | KAREN CAUSIL. SERV PSICOLOGIA OCT 29 NOV 29 | 20241146 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 30,629,730 |
| NOV 29-2024 | 2357 | DELFIS SIERRA. SERV RECREACION OCT 29 A NOV 29 | 20241147 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 28,917,730 |
| NOV 29-2024 | 2358 | SAUL BARRIOS. SERV FISIOTERAP OCT 29 A NOV 29 | 20241148 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 27,205,730 |
| NOV 29-2024 | 2359 | LIQUIDACION DE PRESTACIONES SOCIALES NOV29 | 20241149 | $ 31,970,560 | | $ 10,633,059 | | $ 42,603,619 | | -$ 15,397,889 |
| NOV 29-2024 | CXC NOV29 | SERV ALOJAMIENTO AM 30 $395.000 C/U | 20241150 | | $ 5,505,851 | | | $ 5,505,851 | | -$ 20,903,740 |
| NOV 29-2024 | CXC NOV29 | SERV ALIMENTACION AM 30 A $43.900 C/U. | 20241151 | | | $ 28,876,941 | | $ 28,876,941 | | -$ 49,780,681 |
| | | **TOTALES POR RUBLO** | | **$ 336,905,706** | **$ 71,666,182** | **$ 238,947,700** | **$ 8,480,000** | **$ 655,999,588** | **$ 606,218,907** | $ - |
| | | **SALDO POR APROPIAR** | | $ - | $ 11,283,818 | $ 37,622,300 | $ - | $ 48,906,118 | -$ 606,218,907 | $ 98,686,799 |

**PLANTILLA PRESUPUESTAL**

**CONTRATO C01.PCCNTR.6363944**

**DE MAYO 29 DE 2024 AL 29 DE NOVIEMBRE DE 2024**

| | | | | RECURSO HUMANO | ALOJAMIENTO | ALIMENTACION | ATENCION A.M. | TOTALES APROPIADOS | ABONOS DESARROLLO | SALDO BANCARIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | EGRESO | NOMBRE DEL PROVEEDOR | OOP | $ 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 | 6098 | APORTES EN LINEA SALUD JUNIO 2024 | 202406002 | $ 6,330,000 | | | | $ 6,330,000 | | -$ 12,821,693 |
| JNO 25-2024 | $455 | GOBERNACION DEPART. ANTICIPO 30% CTTO | 202406003 | | | | | $ - | $ 711,471,712 | $ 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 JNO 29 JLO 28 | 202406010 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 96,740,989 |
| JLO 26-2024 | 2242 | KAREN CAUSIL GUARDO PSICOLOGIA JNO JLO 28 | 202406011 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 95,028,989 |
| JLO 26-2024 | 2243 | SAUL BARRIOS FISIOTERAPEUTA JNO 29 JLO 28 | 202406012 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 93,316,989 |
| JLO 28-2024 | CXC JLO28 | SERV ALOJAMIENTO AM 31 A $395.000 C/U | 202406013 | | $ 11,981,670 | | | $ 11,981,670 | | $ 81,335,319 |
| JLO 28-2024 | CXC JLO28 | SERV ALIMENTACION AM 31 A $43.900 C/U | 202406014 | | | $ 39,949,000 | | $ 39,949,000 | | $ 41,386,319 |
| JLO 31-2024 | 2245 | NOMINA EMPLEADOS DE JULIO 2024 | 202408015 | $ 33,142,970 | | | | $ 33,142,970 | | $ 8,243,349 |
| AGO 12-2024 | 2250 | APORTES EN LINEA SALUD AGOSTO 2024 | 202408016 | $ 11,049,800 | | | | $ 11,049,800 | | -$ 2,806,451 |
| AGO 22-2024 | 2261 | ALMACEN APOLO CLUB- SUETERES FIESTA AM. | 202408017 | | | | $ 5,480,000 | $ 5,480,000 | | -$ 8,286,451 |
| AGO 27-2024 | 2264 | KAREN CAUSIL SERV PSICOLOGIA JLO 29 AGO 28 | 20240818 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | -$ 9,998,451 |
| AGO 27-2024 | 2265 | DELFIS SIERRA SERV RECREACION JLO 29 AGO 28 | 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 | $546 | GOBERNACION DEPART. PVHA2 JULIO 2024 | 20240927 | | $ 6,344,153 | | | $ 6,344,153 | $ 98,686,799 | -$ 24,211,301 |
| SEP 13-2024 | 5563 | GOBERNACION DEPART. PVHA3 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 | | $ 66,419,348 |
| SEP 26-2024 | 2293 | DELFIS SIERRA. SERV RECREACION AGO 29 SEP 28 | 20240930 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 64,707,348 |
| SEP 26-2024 | 2294 | SAUL BARRIOS. SERV FISIOTERAPEUTA AG29 SE28 | 20240931 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 62,995,348 |
| SEP 28-2024 | CXC SEP28 | SERV ALOJAMIENTO AM 30 $395.000 C/U | 20240932 | | -$ 838,301 | | | -$ 838,301 | | $ 63,833,647 |
| SEP 28-2024 | CXC SEP28 | SERV ALIMENTACION AM 30 A $43.900 C/U. | 20240933 | | | $ 39,510,000 | | $ 39,510,000 | | $ 24,323,647 |
| SEP 30-2024 | 2296 | NOMINA DE EMPLEADOS DE SEPTIEMBRE 2024 | 20241034 | $ 33,810,664 | | | | $ 33,810,664 | | -$ 9,487,017 |
| OCT 4-2024 | 5582 | GOBERNACION DEPART. PVHA4 SEP 28-2024 | 20241035 | | $ 6,344,152 | | | $ 6,344,152 | $ 98,686,799 | $ 82,855,630 |
| OCT 8-2024 | 2309 | APORTES EN LINEA SALUD OCTUBRE 2024 | 20241036 | $ 11,410,500 | | | | $ 11,410,500 | | $ 71,445,130 |
| OCT 28-2024 | 2326 | SAUL BARRIOS. SERV FISIOTERAPEUTA SEP29 OCT28 | 20241037 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 69,733,130 |
| OCT 28-2024 | 2327 | KAREN CAUSIL. SERV PSICOLOGIA SEP 29 OCT 28 | 20241038 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 68,021,130 |
| OCT 28-2024 | 2328 | DELFIS SIERRA. SERV RECREACION SEP29 OCT28 | 20241039 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 66,309,130 |
| OCT 28-2024 | CXC OCT28 | SERV ALOJAMIENTO AM 30 $395.000 C/U | 20241040 | | $ 5,505,851 | | | $ 5,505,851 | | $ 60,803,279 |
| OCT 28-2024 | CXC OCT28 | SERV ALIMENTACION AM 30 A $43.900 C/U. | 20241041 | | | $ 39,510,000 | | $ 39,510,000 | | $ 21,293,279 |
| OCT 30-2024 | 2331 | NOMINA DE EMPLEADOS DE OCTUBRE 2024 | 20241142 | $ 35,605,423 | | | | $ 35,605,423 | | -$ 14,312,144 |
| NOV 08-2024 | 5608 | GOBERNACION DEPART. PVHA5 OCT28-2024 | 20241145 | | $ 6,344,152 | | | $ 6,344,152 | $ 98,686,799 | $ 78,030,503 |
| NOV 12-2024 | 2339 | APORTES EN LINEA SALUD NOVIEMBRE 2024 | 20241144 | $ 11,840,800 | | | | $ 11,840,800 | | $ 66,189,703 |
| NOV 29-2024 | 2355 | NOMINA DE EMPLEADOS DE NOVIEMBRE 2024 | 20241145 | $ 33,847,973 | | | | $ 33,847,973 | | $ 32,341,730 |
| NOV 29-2024 | 2356 | KAREN CAUSIL. SERV PSICOLOGIA OCT 29 NOV 29 | 20241146 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 30,629,730 |
| NOV 29-2024 | 2357 | DELFIS SIERRA. SERV RECREACION OCT 29 A NOV 29 | 20241147 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 28,917,730 |
| NOV 29-2024 | 2358 | SAUL BARRIOS. SERV FISIOTERAP OCT 29 A NOV 29 | 20241148 | $ 1,712,000 | | | | $ 1,712,000 | | $ 27,205,730 |
| NOV 29-2024 | 2359 | LIQUIDACION DE PRESTACIONES SOCIALES NOV29 | 20241149 | $ 31,970,560 | | $ 10,633,059 | | $ 42,603,619 | | -$ 15,397,889 |
| NOV 29-2024 | CXC NOV29 | SERV ALOJAMIENTO AM 30 $395.000 C/U | 20241150 | | $ 5,505,851 | | | $ 5,505,851 | | -$ 20,903,740 |
| NOV 29-2024 | CXC NOV29 | SERV ALIMENTACION AM 30 A $43.900 C/U. | 20241151 | | | $ 28,876,941 | | $ 28,876,941 | | -$ 49,780,681 |
| | | TOTALES POR RUBLO | | $ 336,905,706 | $ 71,666,182 | $ 238,947,700 | $ 8,480,000 | $ 655,999,588 | $ 606,218,907 | $ - |
| | | SALDO POR APROPIAR | | $ - | $ 11,283,818 | $ 37,622,300 | $ - | $ 48,906,118 | -$ 606,218,907 | $ 98,686,799 |

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

| RUBLO | NOMBRE DEL PROVEEDOR | MAYO 29 A JULIO 28 / 2024 | | | JLO29 A AGO28 | AGO29 A SEP28 | SEP29 A OCT28 | OCT29 NOV29 | TOTAL ACUMULADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8.1 | **RECURSO HUMANO** | | | | | | | | |
| 8.1.1 | NOMINA DE PLANTA | $ 6,491,693 | $ 32,533,530 | | $ 33,142,970 | $ 35,022,593 | $ 33,810,664 | $ 69,453,396 | $ 210,454,846 |
| 8.1.2 | SEGURIDAD SOCIAL | | $ 6,330,000 | $ 11,167,500 | $ 11,049,800 | $ 11,865,700 | $ 11,410,500 | $ 11,840,800 | $ 63,664,300 |
| 8.1.3 | PRESTACIONES SOCIALES | | | | | | | $ 31,970,560 | $ 31,970,560 |
| 8.1.4 | SERVICIOS PROFESIONALES | | $ 5,136,000 | $ 5,136,000 | $ 5,136,000 | $ 5,136,000 | $ 5,136,000 | $ 5,136,000 | $ 30,816,000 |
| 8.1 | **TOTAL RECURSO HUMANO** | $ 6,491,693 | $ 43,999,530 | $ 16,303,500 | $ 49,328,770 | $ 52,024,293 | $ 50,357,164 | $ 118,400,756 | $ 336,905,706 |
| 8.2 | **SERVICIO DE ALOJAMIENTO** | | | | | | | | |
| 8.2.1 | HABITACION DIARIA MES | | $ 11,850,000 | $ 11,981,670 | $ 12,284,503 | $ 11,850,003 | $ 11,850,003 | $ 11,850,003 | $ 71,666,182 |
| 8.2 | **TOTAL SERVICIO ALOJAMIENTO** | $ - | $ 11,850,000 | $ 11,981,670 | $ 12,284,503 | $ 11,850,003 | $ 11,850,003 | $ 11,850,003 | $ 71,666,182 |
| 8.3 | **SERVICIO DE ALIMENTACION** | | | | | | | | |
| 8.3.1 | TRES RACIONES DIARIAS MES | | $ 39,510,000 | $ 39,949,000 | $ 40,958,700 | $ 39,510,000 | $ 39,510,000 | $ 39,510,000 | $ 238,947,700 |
| 8.3 | **TOTAL SERVICIO ALIMENTACION** | $ - | $ 39,510,000 | $ 39,949,000 | $ 40,958,700 | $ 39,510,000 | $ 39,510,000 | $ 39,510,000 | $ 238,947,700 |
| 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 | **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 | $ 101,717,167 | $ 169,760,759 | $ 655,999,588 |

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

| RUBLO | NOMBRE DEL PROVEEDOR | MAYO 29 A JULIO 28 / 2024 | | | JLO29 A AGO28 | AGO29 A SEP28 | SEP29 A OCT28 | OCT29 NOV29 | TOTAL ACUMULADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8.1 | **RECURSO HUMANO** | | | | | | | | |
| 8.1.1 | NOMINA DE PLANTA | $ 6,491,693 | $ 32,533,530 | | $ 33,142,970 | $ 35,022,593 | $ 33,810,664 | $ 69,453,396 | $ 210,454,846 |
| 8.1.2 | SEGURIDAD SOCIAL | | $ 6,330,000 | $ 11,167,500 | $ 11,049,800 | $ 11,865,700 | $ 11,410,500 | $ 11,840,800 | $ 63,664,300 |
| 8.1.3 | PRESTACIONES SOCIALES | | | | | | | $ 31,970,560 | $ 31,970,560 |
| 8.1.4 | SERVICIOS PROFESIONALES | | $ 5,136,000 | $ 5,136,000 | $ 5,136,000 | $ 5,136,000 | $ 5,136,000 | $ 5,136,000 | $ 30,816,000 |
| 8.1 | **TOTAL RECURSO HUMANO** | $ 6,491,693 | $ 43,999,530 | $ 16,303,500 | $ 49,328,770 | $ 52,024,293 | $ 50,357,164 | $ 118,400,756 | $ 336,905,706 |
| 8.2 | **SERVICIO DE ALOJAMIENTO** | | | | | | | | |
| 8.2.1 | HABITACION DIARIA MES | | $ 11,850,000 | $ 11,981,670 | $ 12,284,503 | $ 11,850,003 | $ 11,850,003 | $ 11,850,003 | $ 71,666,182 |
| 8.2 | **TOTAL SERVICIO ALOJAMIENTO** | $ - | $ 11,850,000 | $ 11,981,670 | $ 12,284,503 | $ 11,850,003 | $ 11,850,003 | $ 11,850,003 | $ 71,666,182 |
| 8.3 | **SERVICIO DE ALIMENTACION** | | | | | | | | |
| 8.3.1 | TRES RACIONES DIARIAS MES | | $ 39,510,000 | $ 39,949,000 | $ 40,958,700 | $ 39,510,000 | $ 39,510,000 | $ 39,510,000 | $ 238,947,700 |
| 8.3 | **TOTAL SERVICIO ALIMENTACION** | $ - | $ 39,510,000 | $ 39,949,000 | $ 40,958,700 | $ 39,510,000 | $ 39,510,000 | $ 39,510,000 | $ 238,947,700 |
| 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 | **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 | $ 101,717,167 | $ 169,760,759 | $ 655,999,588 |

## QUINTO INFORME
## PLANTILLA PRESUPUESTAL
## CONTRATO CO1.PCCNTR.6363944
### DE OCTUBRE 29 DE 2024 A NOVIEMBRE 29 DE 2024

| FECHA | EGRESO | NOMBRE DEL PROVEEDOR | ODP | VALOR APROPIADO | VALOR ABONADO |
|---|---|---|---|---|---|
| OCT 30-2024 | 2331 | NOMINA DE EMPLEADOS DE OCTUBRE 2024 | 20241042 | $ 35,605,423 | |
| NOV 08-2024 | 5609 | GOBERNACION DEPART. FVHA5 OCT28-2024 | 20241043 | $ 6,344,152 | $ 98,686,799 |
| NOV 12-2024 | 2339 | APORTES EN LINEA SALUD NOVIEMBRE 2024 | 20241044 | $ 11,840,800 | |
| NOV 29-2024 | 2355 | NOMINA DE EMPLEADOS DE NOVIEMBRE 2024 | 20241045 | $ 33,847,973 | |
| NOV 29-2024 | 2356 | KAREN CAUSIL. SERV PSICOLOGIA OCT 29 NOV 29 | 20241046 | $ 1,712,000 | |
| NOV 29-2024 | 2357 | DELFIS SIERRA. SERV RECREACION OCT 29 A NOV 29 | 20241047 | $ 1,712,000 | |
| NOV 29-2024 | 2358 | SAUL BARRIOS. SERV FISIOTERAP OCT 29 A NOV 29 | 20241048 | $ 1,712,000 | |
| NOV 29-2024 | 2359 | LIQUIDACION DE PRESTACIONES SOCIALES NOV29 | 20241049 | $ 42,603,619 | |
| NOV 29-2024 | CXC NOV29 | SERV ALOJAMIENTO AM 30 $395.000 C/U | 20241050 | $ 5,505,851 | |
| NOV 29-2024 | CXC NOV29 | SERV ALIMENTACION AM 30 A $43.900 C/U. | 20241051 | $ 28,876,941 | |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR TOTALES POR COLUMNA | $ 169,760,759 | $ 98,686,799 |
| VALORES PRIMER INFORME | $ 170,085,393 | $ 211,471,712 |
| VALORES SEGUNDO INFORME | $ 111,051,973 | $ - |
| VALORES TERCER INFORME | $ 103,384,296 | $ 197,373,597 |
| VALORES CUARTO INFORME | $ 101,717,167 | $ 98,686,799 |
| **TOTAL DE LAS EROGACIONES Y ABONOS** | **$ 655,999,588** | **$ 606,218,907** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 704,905,706 | $ 704,905,706 |
| **DIFERENCIAS POR APROPIAR Y ABONAR** | **$ 48,906,118** | **$ 98,686,799** |

| | |
|---|---|
| VALOR CUENTA DE COBRO PARA NOV 29 DE 2024 | **$ 49,780,681** |

**QUINTO INFORME**
**PLANTILLA PRESUPUESTAL**
**CONTRATO CO1.PCCNTR.6363944**
**DE OCTUBRE 29 DE 2024 A NOVIEMBRE 29 DE 2024**

| FECHA | EGRESO | NOMBRE DEL PROVEEDOR | ODP | VALOR APROPIADO | VALOR ABONADO |
|---|---|---|---|---|---|
| OCT 30-2024 | 2331 | NOMINA DE EMPLEADOS DE OCTUBRE 2024 | 20241042 | $ 35,605,423 | |
| NOV 08-2024 | 5609 | GOBERNACION DEPART. FVHA5 OCT28-2024 | 20241043 | $ 6,344,152 | $ 98,686,799 |
| NOV 12-2024 | 2339 | APORTES EN LINEA SALUD NOVIEMBRE 2024 | 20241044 | $ 11,840,800 | |
| NOV 29-2024 | 2355 | NOMINA DE EMPLEADOS DE NOVIEMBRE 2024 | 20241045 | $ 33,847,973 | |
| NOV 29-2024 | 2356 | KAREN CAUSIL. SERV PSICOLOGIA OCT 29 NOV 29 | 20241046 | $ 1,712,000 | |
| NOV 29-2024 | 2357 | DELFIS SIERRA. SERV RECREACION OCT 29 A NOV 29 | 20241047 | $ 1,712,000 | |
| NOV 29-2024 | 2358 | SAUL BARRIOS. SERV FISIOTERAP OCT 29 A NOV 29 | 20241048 | $ 1,712,000 | |
| NOV 29-2024 | 2359 | LIQUIDACION DE PRESTACIONES SOCIALES NOV29 | 20241049 | $ 42,603,619 | |
| NOV 29-2024 | CXC NOV29 | SERV ALOJAMIENTO AM 30 $395.000 C/U | 20241050 | $ 5,505,851 | |
| NOV 29-2024 | CXC NOV29 | SERV ALIMENTACION AM 30 A $43.900 C/U. | 20241051 | $ 28,876,941 | |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR TOTALES POR COLUMNA | $ 169,760,759 | $ 98,686,799 |
| VALORES PRIMER INFORME | $ 170,085,393 | $ 211,471,712 |
| VALORES SEGUNDO INFORME | $ 111,051,973 | $ - |
| VALORES TERCER INFORME | $ 103,384,296 | $ 197,373,597 |
| VALORES CUARTO INFORME | $ 101,717,167 | $ 98,686,799 |
| **TOTAL DE LAS EROGACIONES Y ABONOS** | **$ 655,999,588** | **$ 606,218,907** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 704,905,706 | $ 704,905,706 |
| **DIFERENCIAS POR APROPIAR Y ABONAR** | **$ 48,906,118** | **$ 98,686,799** |

| | |
|---|---|
| VALOR CUENTA DE COBRO PARA NOV 29 DE 2024 | **$ 49,780,681** |

424

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

**COMPROBANTE DE EGRESO**

N° 02331

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ciudad | San Andres | Fecha | D 30 | M Oct | A 2024 | VALOR $ | 33.020.617 = |

Pagado a: Beneficio Empleados.

Por concepto de: Nomina Empleados mes de Octubre, Personal Contratado convenio PCCNT26363944.

La suma de: (en letras) treinta y tres millones veinte mil Seiscientos diez y siete pesos mil.

*CONTABILIZADO*

| Código P.U.C. | Cuenta | Débitos | Créditos |
|---|---|---|---|
| | Salarios | 35.605.423 | |
| | Salud | | 1323.993 |
| | Pension | | 1260.813 |
| | Caja Social | | 33.020.617 |
| | | | |

Cheque N° | Banco

Sucursal | Efectivo ☐

Firma y Sello del Beneficiario

Relacion

| Elaborado | Aprobado | Contabilizado |
|---|---|---|
| J | | |

C.C. ☐ NIT. ☐ N°.

| Fecha de recibido | D | M | A |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

**COMPROBANTE DE EGRESO**
**N° 02331**

*Ciudad* San Andres | Fecha D 30 M Oct A 2024 | VALOR $ 33.020.617 =

*Pagado a* Beneficio Empleados.

*Por concepto de* Nomina Empleados mes de Octubre, Personal Contratado convenio PCCNTR6363944.

*La suma de (en letras)* treinta y tres millones veinte mil Seiscientos diez y siete pesos mil.

*CONTABILIZADO*

| Código P.U.C. | Cuenta | Débitos | Créditos |
|---|---|---|---|
| | Salarios | 35.605.423 | |
| | Salud | | 1323.993 |
| | Pension | | 1260.813 |
| | Caja Social | | 33.020.617 |

Cheque N° | Banco
Sucursal | Efectivo
Firma y Sello del Beneficiario
Relacion
C.C. [ ] NIT. [ ] N°.
Fecha de recibido | D | M | A

Elaborado | Aprobado | Contabilizado

**HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER**

NIT 892.400.442-5

**OCTUBRE**

**NOMINA CORRESPONDIENTE DEL 1RO AL 30**

**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<br>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 | | $ - | $ - | $ 134,596 | $ - | $ 2,718,846 | $ 108,754 | $ 108,754 | $ - | $ 2,501,339 | |
| 3 | 42,366,484 | NANCY EDITH ARRIETA GOMEZ | AUXILIAR ENFERMERA | $ 1,458,000 | 27 | $ 1,312,200 | $ 145,800 | $ 72,900 | $ 170,100 | $ 927,653 | $ 109,350 | $ 2,738,003 | $ 103,688 | $ 103,688 | $ - | $ 2,530,626 | |
| 4 | 1,043,010,651 | YERLIS CABALLERO GUETTE | AUXILIAR ENFERMERA | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ 72,900 | $ 170,100 | $ 340,504 | $ - | $ 2,203,504 | $ 81,660 | $ 81,660 | $ - | $ 2,040,183 | |
| 5 | 1,123,628,249 | JANNIFER JUSETY BANQUEZ | AUXILIAR ENFERMERA | $ 1,458,000 | 26 | $ 1,263,600 | $ 140,400 | $ 72,900 | $ 170,100 | $ 692,550 | $ 145,800 | $ 2,485,350 | $ 93,798 | $ 93,798 | $ - | $ 2,297,754 | |
| 6 | 40,987,372 | CARMELINDA BENT JAY | CUIDADORA | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ 145,800 | $ - | $ - | $ - | $ 1,765,800 | $ 64,152 | $ 64,152 | $ - | $ 1,637,496 | |
| 7 | 40,987,570 | ANA ELIZABETH PATIÑO HOOKER | CUIDADORA | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ 145,800 | $ - | $ - | $ - | $ 1,765,800 | $ 64,152 | $ 64,152 | $ - | $ 1,637,496 | |
| 8 | 40,987,573 | LAURA DEBORA BENT ARCHBOLD | CUIDADORA | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ 145,800 | $ - | $ - | $ - | $ 1,765,800 | $ 64,152 | $ 64,152 | $ - | $ 1,637,496 | |
| 9 | 40,993,304 | ETSEL NELSON ARCHBOLD | MANIPULADORA AYB | $ 1,458,000 | 29 | $ 1,409,400 | $ 156,600 | $ - | $ - | $ - | $ - | $ 1,566,000 | $ 56,376 | $ 56,376 | $ - | $ 1,453,248 | |
| 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 | $ 36,450 | $ 85,050 | $ - | $ - | $ 1,741,500 | $ 63,180 | $ - | $ - | $ 1,678,320 | |
| 12 | 73,130,125 | ENRRIQUE ESCORCIA FUENTES | MANTENIMIENTO | $ 1,745,000 | 30 | $ 1,745,000 | $ 162,000 | $ - | $ - | $ - | $ - | $ 1,907,000 | $ 69,800 | $ 69,800 | $ - | $ 1,767,400 | |
| 13 | 32,727,436 | ELSA ESTHER MORRON CHARRIS | SERVICIOS GENERALES | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ 182,250 | $ - | $ - | $ - | $ 1,802,250 | $ 65,610 | $ 65,610 | $ - | $ 1,671,030 | |
| 14 | 34,610,479 | ELIS ELENA VALENCIA QUINTERO | SERVICIOS GENERALES | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ 145,800 | $ - | $ - | $ - | $ 1,765,800 | $ 64,152 | $ 64,152 | $ - | $ 1,637,496 | |
| 15 | 1,123,620,292 | CINDY JAHANA PUELLO GONZALEZ | SERVICIOS GENERALES | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ - | $ 170,100 | $ - | $ - | $ 1,790,100 | $ 65,124 | $ 65,124 | $ - | $ 1,659,852 | |
| 16 | 40,987,914 | LILIANA BENT PEREZ | SERVICIOS GENERALES | $ 1,458,000 | 25 | $ 1,215,000 | $ 135,000 | $ - | $ - | $ - | $ 182,250 | $ 1,532,250 | $ 55,890 | $ 55,890 | $ - | $ 1,420,470 | |
| 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 | 27 | $ 1,312,200 | $ 145,800 | $ - | $ - | $ 204,120 | $ - | $ 1,662,120 | $ 60,653 | $ 60,653 | $ - | $ 1,540,814 | |
| | | TOTALES | | | | $ 28,005,900 | $ 2,505,600 | $ 1,166,400 | $ 765,450 | $ 2,724,673 | $ 437,400 | $ 35,605,423 | $ 1,323,993 | $ 1,260,813 | $ - | $ 33,020,617 | |

ELABORO

TESORERO

APROBO

129

**HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER**

NIT 892.400.442-5

**OCTUBRE**

**NOMINA CORRESPONDIENTE DEL 1RO AL 30**

**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<br>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 | | $ - | $ - | $ 134,596 | $ - | $ 2,718,846 | $ 108,754 | $ 108,754 | $ - | $ 2,501,339 | |
| 3 | 42,366,484 | NANCY EDITH ARRIETA GOMEZ | AUXILIAR ENFERMERA | $ 1,458,000 | 27 | $ 1,312,200 | $ 145,800 | $ 72,900 | $ 170,100 | $ 927,653 | $ 109,350 | $ 2,738,003 | $ 103,688 | $ 103,688 | $ - | $ 2,530,626 | |
| 4 | 1,043,010,651 | YERLIS CABALLERO GUETTE | AUXILIAR ENFERMERA | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ 72,900 | $ 170,100 | $ 340,504 | $ - | $ 2,203,504 | $ 81,660 | $ 81,660 | $ - | $ 2,040,183 | |
| 5 | 1,123,628,249 | JANNIFER JUSETY BANQUEZ | AUXILIAR ENFERMERA | $ 1,458,000 | 26 | $ 1,263,600 | $ 140,400 | $ 72,900 | $ 170,100 | $ 692,550 | $ 145,800 | $ 2,485,350 | $ 93,798 | $ 93,798 | $ - | $ 2,297,754 | |
| 6 | 40,987,372 | CARMELINDA BENT JAY | CUIDADORA | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ 145,800 | $ - | $ - | $ - | $ 1,765,800 | $ 64,152 | $ 64,152 | $ - | $ 1,637,496 | |
| 7 | 40,987,570 | ANA ELIZABETH PATIÑO HOOKER | CUIDADORA | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ 145,800 | $ - | $ - | $ - | $ 1,765,800 | $ 64,152 | $ 64,152 | $ - | $ 1,637,496 | |
| 8 | 40,987,573 | LAURA DEBORA BENT ARCHBOLD | CUIDADORA | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ 145,800 | $ - | $ - | $ - | $ 1,765,800 | $ 64,152 | $ 64,152 | $ - | $ 1,637,496 | |
| 9 | 40,993,304 | ETSEL NELSON ARCHBOLD | MANIPULADORA AYB | $ 1,458,000 | 29 | $ 1,409,400 | $ 156,600 | $ - | $ - | $ - | $ - | $ 1,566,000 | $ 56,376 | $ 56,376 | $ - | $ 1,453,248 | |
| 10 | 40,993,352 | YOLIMA YIXID 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 | $ 36,450 | $ 85,050 | $ - | $ - | $ 1,741,500 | $ 63,180 | $ - | $ - | $ 1,678,320 | |
| 12 | 73,130,125 | ENRRIQUE ESCORCIA FUENTES | MANTENIMIENTO | $ 1,745,000 | 30 | $ 1,745,000 | $ 162,000 | $ - | $ - | $ - | $ - | $ 1,907,000 | $ 69,800 | $ 69,800 | $ - | $ 1,767,400 | |
| 13 | 32,727,436 | ELSA ESTHER MORRON CHARRIS | SERVICIOS GENERALES | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ 182,250 | $ - | $ - | $ - | $ 1,802,250 | $ 65,610 | $ 65,610 | $ - | $ 1,671,030 | |
| 14 | 34,610,479 | ELIS ELENA VALENCIA QUINTERO | SERVICIOS GENERALES | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ 145,800 | $ - | $ - | $ - | $ 1,765,800 | $ 64,152 | $ 64,152 | $ - | $ 1,637,496 | |
| 15 | 1,123,620,292 | CINDY JAHANA PUELLO GONZALEZ | SERVICIOS GENERALES | $ 1,458,000 | 30 | $ 1,458,000 | $ 162,000 | $ - | $ 170,100 | $ - | $ - | $ 1,790,100 | $ 65,124 | $ 65,124 | $ - | $ 1,659,852 | |
| 16 | 40,987,914 | LILIANA BENT PEREZ | SERVICIOS GENERALES | $ 1,458,000 | 25 | $ 1,215,000 | $ 135,000 | $ - | $ - | $ - | $ 182,250 | $ 1,532,250 | $ 55,890 | $ 55,890 | $ - | $ 1,420,470 | |
| 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 | 27 | $ 1,312,200 | $ 145,800 | $ - | $ - | $ 204,120 | $ - | $ 1,662,120 | $ 60,653 | $ 60,653 | $ - | $ 1,540,814 | |
| | | TOTALES | | | | $ 28,005,900 | $ 2,505,600 | $ 1,186,400 | $ 765,450 | $ 2,724,673 | $ 437,400 | $ 35,605,423 | $ 1,323,993 | $ 1,260,813 | $ - | $ 33,020,617 | |

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 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304322338338747

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:47 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 5443DKWU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******0600 - Liliana Bent P |
| **Valor Transferido:** | $1.420.470,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar



| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304329146083123

## Transferencias a Cuentas de Otros Bancos

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:25 pm

**Esta transacción está sujeta a VERIFICACION!**
**Por favor consulte el saldo de la cuenta en 3 días hábiles.**
**Número de Confirmación: 286971QU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Bancolombia - Cuenta de Ahorros *******2094 - Congre Hnas Santonio |
| **Valor Transferido:** | $2.377.510,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar

| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304322338338747

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:47 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 5443DKWU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******0600 - Liliana Bent P |
| **Valor Transferido:** | $1.420.470,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar



| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304329146083123

## Transferencias a Cuentas de Otros Bancos

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:25 pm

**Esta transacción está sujeta a VERIFICACION!**
**Por favor consulte el saldo de la cuenta en 3 días hábiles.**
**Número de Confirmación: 286971QU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Bancolombia - Cuenta de Ahorros *******2094 - Congre Hnas Santonio |
| **Valor Transferido:** | $2.377.510,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar

131

| 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 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304321832114669

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:50 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 643375RU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******9566 - Steve A Escalona M |
| **Valor Transferido:** | $1.540.814,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar



| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304324381059968

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:27 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 731429HU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******9477 - Victoria E Naranjo W |
| **Valor Transferido:** | $2.501.339,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar

| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304321832114669

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:50 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 643375RU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******9566 - Steve A Escalona M |
| **Valor Transferido:** | $1.540.814,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar



| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304324381059968

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:27 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 731429HU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******9477 - Victoria E Naranjo W |
| **Valor Transferido:** | $2.501.339,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar

| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304325555187131

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:45 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 13772VZU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******8376 - Cindy J Puello G |
| **Valor Transferido:** | $1.659.852,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar



| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304328207119017

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:43 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 6711BL0U**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******6254 - Elis E Valencia Q |
| **Valor Transferido:** | $1.637.496,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar

| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304325555187131

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:45 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 13772VZU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******8376 - Cindy J Puello G |
| **Valor Transferido:** | $1.659.852,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar



| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304328207119017

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:43 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 6711BL0U**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******6254 - Elis E Valencia Q |
| **Valor Transferido:** | $1.637.496,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar

133

| 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 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304321551114131

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:30 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 574048PU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******8337 - Yerlis I Caballero G |
| **Valor Transferido:** | $2.040.183,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar



| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304329131138169

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:28 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 655232JU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******6323 - Nancy E Arrieta G |
| **Valor Transferido:** | $2.530.626,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar

| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304321551114131

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:30 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 574048PU

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******8337 - Yerlis I Caballero G |
| **Valor Transferido:** | $2.040.183,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar



| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304329131138169

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:28 pm

¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 655232JU

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******6323 - Nancy E Arrieta G |
| **Valor Transferido:** | $2.530.626,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar

| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304323754320122

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:42 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 46984LZU**

| | |
|---|---|
| **Cuenta Origen:** | Cuenta Corriente *******8263 |
| **Cuenta Destino:** | Banco Caja Social Cuenta de Ahorros *******3369 - Elsa E Morron C |
| **Valor Transferido:** | $1.671.030,00 |
| **Fecha de Transferencia:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar



| Bienvenido al Módulo Empresarial: | Empresa: | Dependencia: | Dirección IP: | Fecha último ingreso al sistema: |
|---|---|---|---|---|
| Mariano Ospina Gomez | FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER | TESORERIA | 186.82.86.219 | Octubre 28 de 2024 03:16 pm |

Número de Transacción: APII4304321649046917

## Transferencias entre Cuentas Propias

Fecha: Octubre 30 de 2024 06:40 pm

**¡ La transferencia se ha realizado EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 9058CBPU**

| | |
|---|---|
| **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:** | Octubre 30 de 2024 |

Imprimir Cerrar