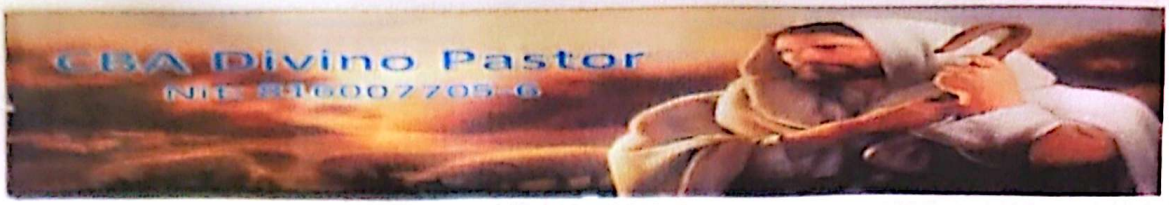
ALCANCE 2

ALOJAMIENTO

Sede I

Scanned with CamScanner



NIT 816007705-6

Pereira, 01 de diciembre del 2024

Doctora
JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS
Subsecretaria de Desarrollo Social y Político
Alcaldia de Pereira

Asunto: **CERTIFICACIÓN DE ALOJAMIENTO E INSTITUCIONALIZACIÓN**

El CPSAM Hogar del Abuelo Divino Pastor hace constar que la señora **MARIA ROSALBA PEREZ GONZALEZ** identificada con C.C **34.040.187** de Pereira en calidad de Representante legal de la misma, dentro de sus obligaciones ya estipuladas dentro de la minuta firmada, aporta el alojamiento a hoy de 58 Adultos Mayores, que consta de una sede en el. Km. 10 vía armenia vereda Condina-Guacarí, Finca Santa María – 58 adultos mayores)

Para constancia se firma a los 01 días del mes de diciembre de 2024.

Atentamente,

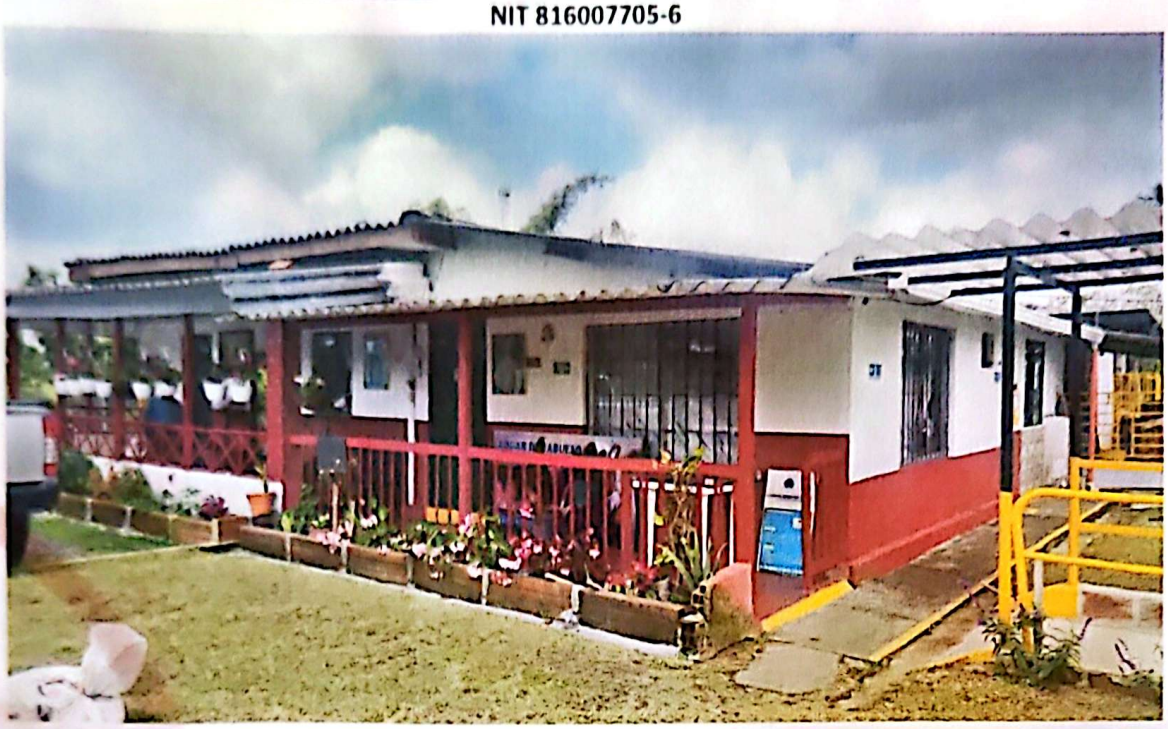
ROSALBA PÉREZ GONZÁLEZ
Representante legal.

Anexo: evidencia fotográfica.

Scanned with CamScanner



NIT 816007705-6





Sede I. Km 10 via armenia vereda Condina – Guacarí. Finca Santa María. Cel: 3117992225. Sede II. Km 7 via armenia vereda Tribunas. Finca las 2MM. Cel: 3053073408. elabuelodivinopastor@live.com

Scanned with CamScanner



NIT 816007705-6

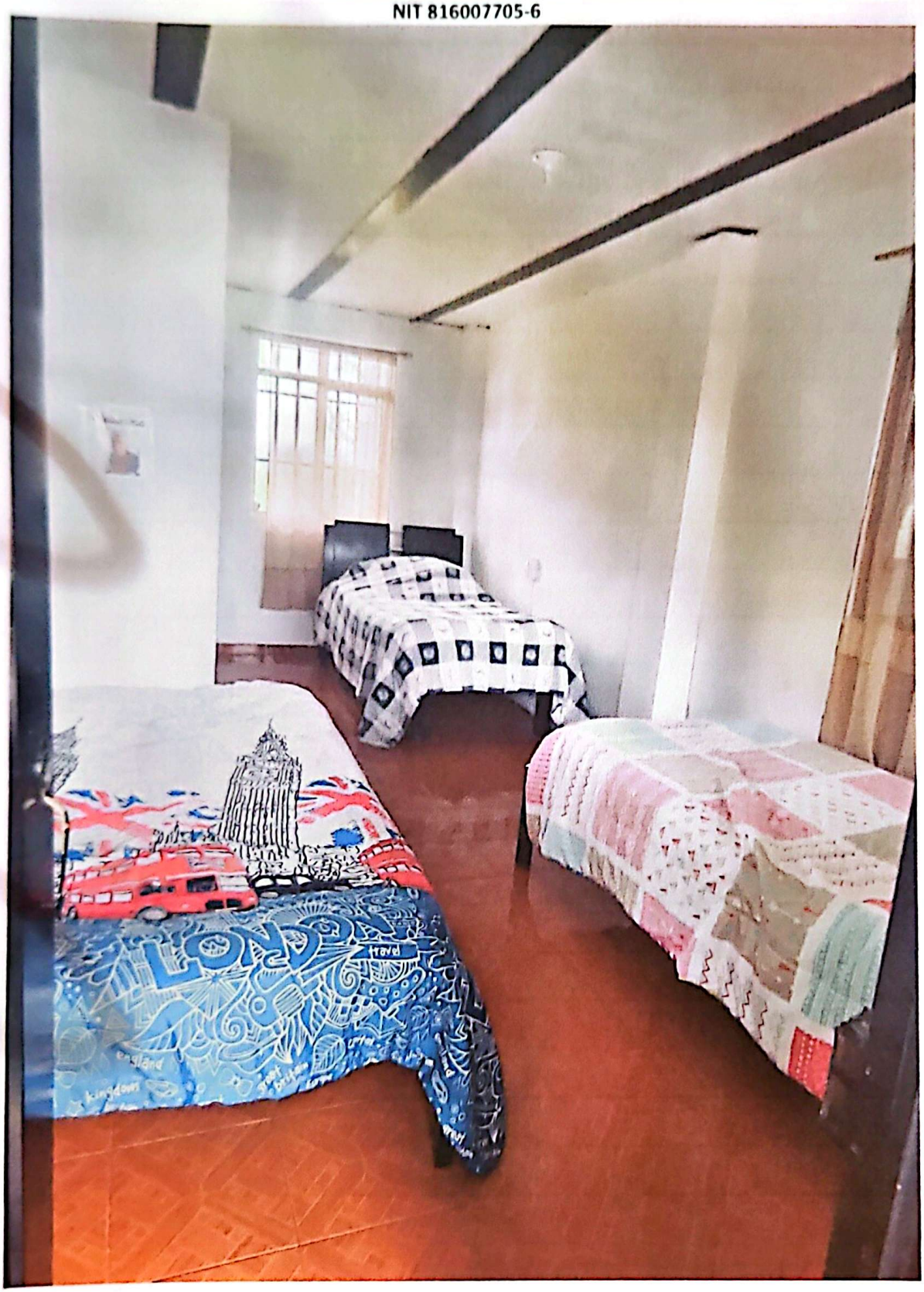


Sede I. Km 10 via armenia vereda Condina – Guacarí. Finca Santa María. Cel: 3117992225. Sede II. Km 7 via armenia vereda Tribunas. Finca las 2MM. Cel: 3053073408. elabuelodivinopastor@live.com

Scanned with CamScanner



NIT 816007705-6

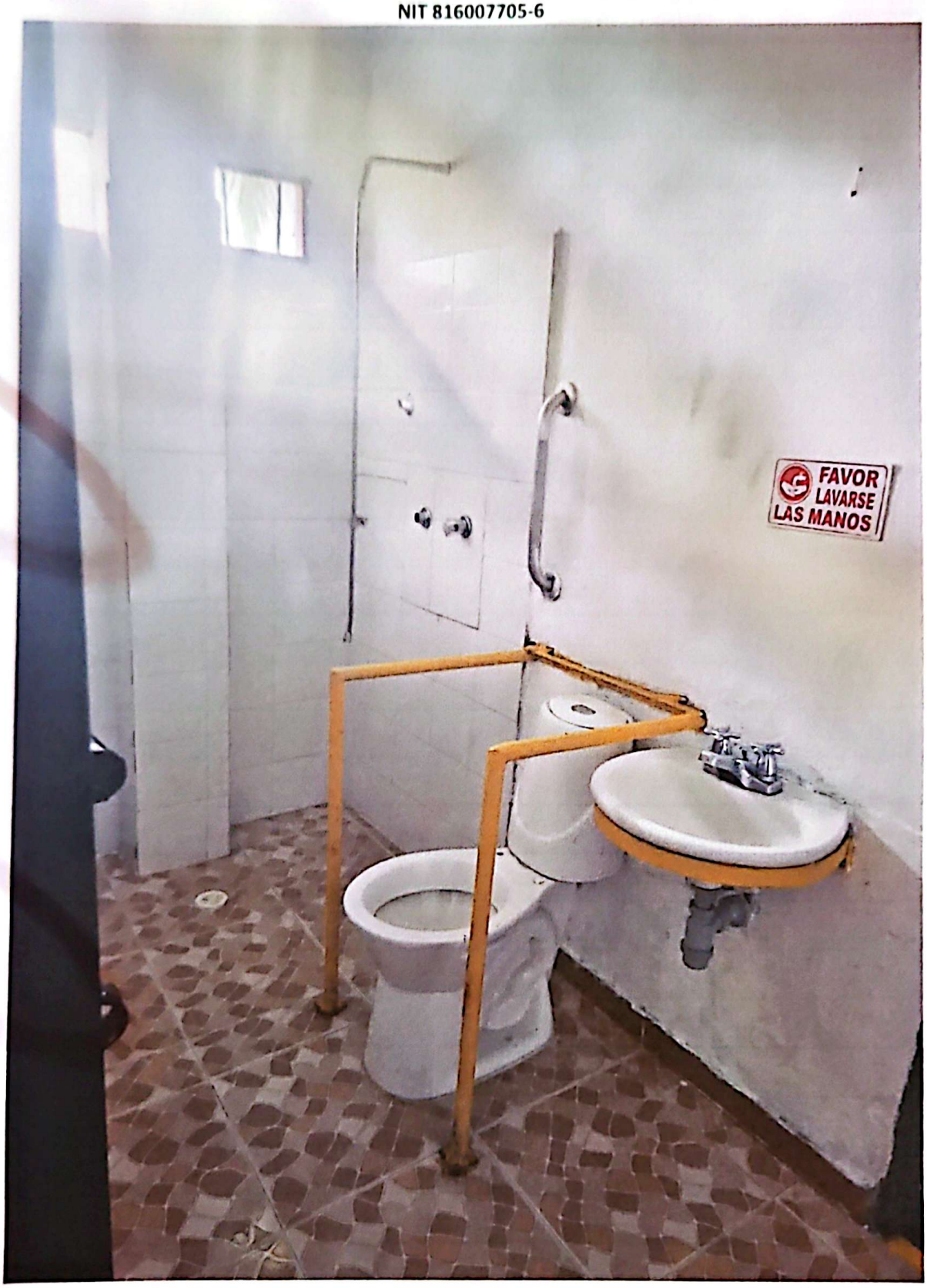


Sede I. Km 10 via armenia vereda Condina – Guacarí. Finca Santa María. Cel: 3117992225. Sede II. Km 7 via armenia vereda Tribunas. Finca las 2MM. Cel: 3053073408. elabuelodivinopastor@live.com

Scanned with CamScanner



NIT 816007705-6

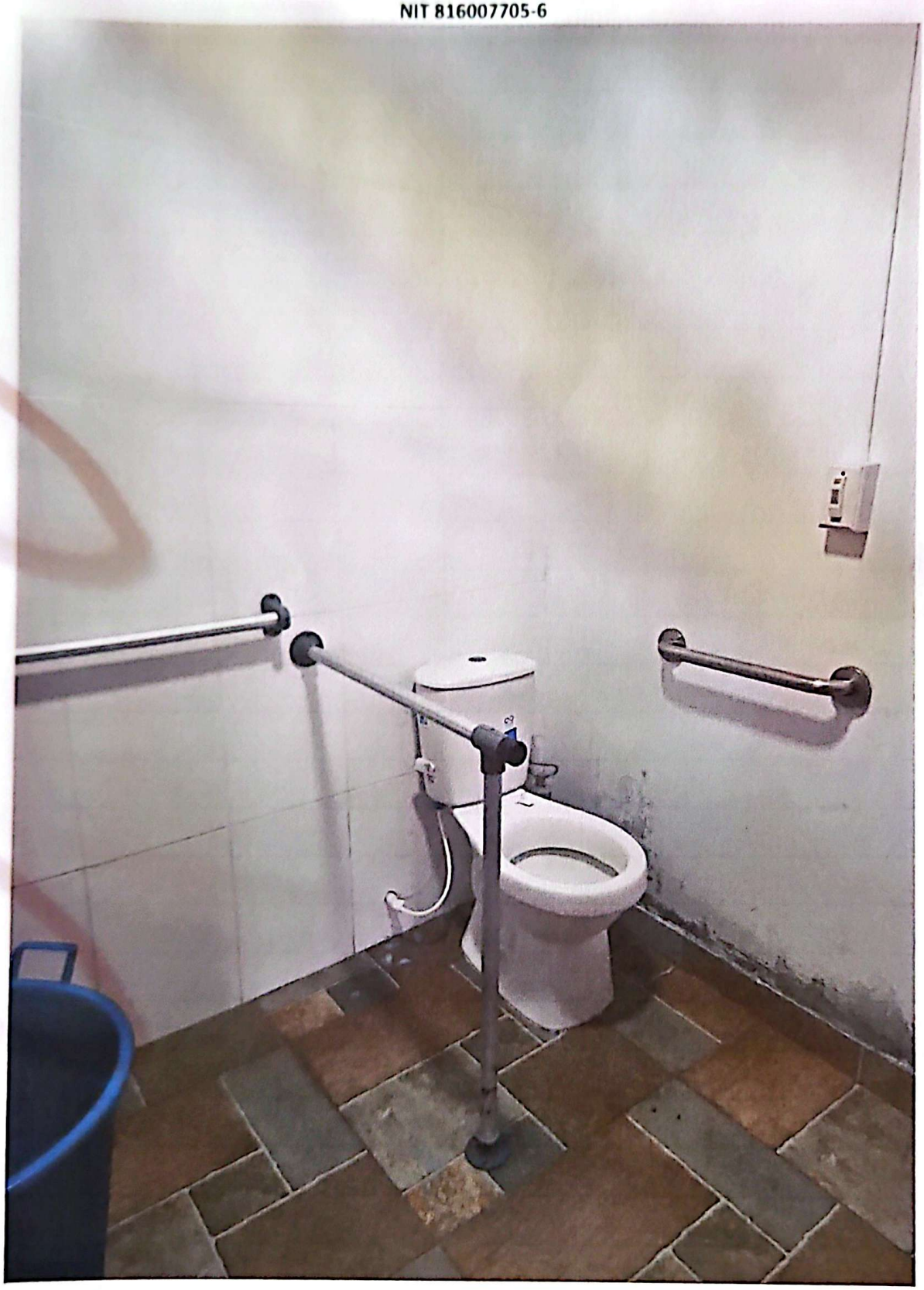


Sede I. Km 10 via armenia vereda Condina – Guacarí. Finca Santa María. Cel: 3117992225. Sede II. Km 7 via armenia vereda Tribunas. Finca las 2MM. Cel: 3053073408. elabuelodivinopastor@live.com

Scanned with CamScanner



NIT 816007705-6

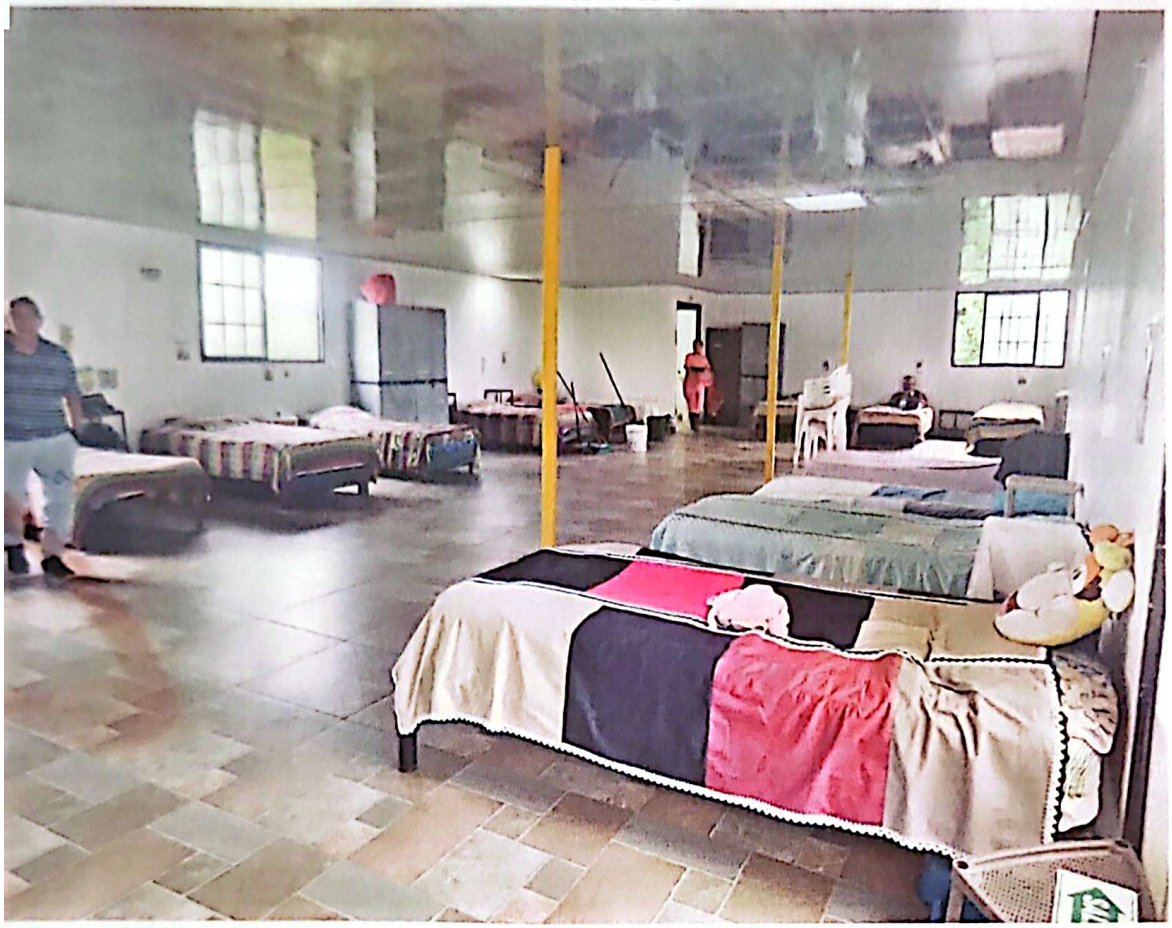


Sede I. Km 10 via armenia vereda Condina – Guacarí. Finca Santa María. Cel: 3117992225. Sede II. Km 7 via armenia vereda Tribunas. Finca las 2MM. Cel: 3053073408. elabuelodivinopastor@live.com

Scanned with CamScanner



NIT 816007705-6



Sede I. Km 10 via armenia vereda Condina – Guacarí. Finca Santa María. Cel: 3117992225. Sede II. Km 7 via armenia vereda Tribunas. Finca las 2MM. Cel: 3053073408. elabuelodivinopastor@live.com

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24113620723424

I. INFORMACIÓN GENERAL

PAÍS DE LA DEFUNCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
COLOMBIA	RISARALDA	PEREIRA	
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío)		TRIBUNAS CORCEGA	
TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)	
No fetal	2024-11-10	04:00:00	
SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	(Número de documento)	
Masculino	Cédula de ciudadanía	4931399	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GIRALDO		JOSE	OREG
PERTENENCIA ÉTNICA DE LA PERSONA FALLECIDA	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO (Pertenencia étnica)		
Natural	Ninguno de los anteriores		

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)		(Número de documento)	
Cédula de ciudadanía		42109046	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR (Primer apellido)	(Segundo apellido)	(Primer nombre)	(Segundo nombre)
MOSQUERA	MONTANO	DIANA	LUCELLY
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN		(Registro profesional)	
Medico		187-01	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)		(Municipio)	
RISARALDA		PEREIRA	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)		(Firma de quien certifica la defunción)	
2024-11-10			

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Solicitudes y Defunciones
Fecha y hora: 2024-11-10 09:26:

Código único: 107 8D66-ABE9-0B1E-922B

Scanned with CamScanner

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24117120717136

I INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	RISARALDA	PEREIRA

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Rural Disperso

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año Mes Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora Minutos)
No fetal	2024-11-02	23 00 00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	(Número de documento)
Masculino	Cedula de ciudadania	1312638

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

Apellido (s)	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
TABARES	RIOS	HERNAN	DE JESUS

PROBABLE MANERA DE MUERTE

Natural

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO (Pertenencia étnica)

Ninguno de los anteriores

II DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)

Cedula de ciudadania

(Número de documento)

1088304475

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Apellido (s)	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PULGARIN	GARZON	SANTIAGO	

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Medico

REGISTRO PROFESIONAL

1088304475

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)

RISARALDA

(Municipio)

PEREIRA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año Mes Día)

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Santiago Pulgarin

Scanned with CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 21/11/2024

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

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: YENNIFER PARDO MORENO

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: ROBERTO HORACIO CASTAÑEDA DOC. IDENTIDAD 4.497.749

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [11] MES [06] AÑO [1931]

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

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: CALLE 8 # 10-48 CENTRO

MOTIVO REMISION: ADULTA MAYOR SIN RED DE APOYO FAMILIAR

OBSERVACIONES: ADULTO MAYOR CON OXIGENO, LO UTILIZA DRANTE 15 MN DIARIOS

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CPSAM) CPSAM DIVINO PASTOR

PERSONA ENCARGADA DEL CPSAM: DAVID MARIN TELEFONO: 3234591222

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: JAIME ARISTOBULO MENA

FIRMA: _____ TELEFONO: 3206765419

Scanned with CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

REMISION DEL ADULTO MAYOR

Versión: 01

Fecha de Vigencia: Septimbre 01 de 2020

FECHA: 21/11/2024

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

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA QUE REALIZA LA REMISION: YENNIFER PARDO MORENO

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE Y APELLIDOS: JUANA DE LOS DOLORES GALLEGO DOC. IDENTIDAD 24.543.783

FECHA DE NACIMIENTO: DIA [20] MES [12] AÑO [1941]

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

DIRECCION DEL SITIO DONDE SE RECOGE EL ADULTO MAYOR: POBLADO 2

MOTIVO REMISION: ADULTA MAYOR SIN RED DE APOYO FAMILIAR

OBSERVACIONES: LA ADULTA MAYOR MANIFIESTA NO CONTAR CON RED DE APOYO FAMILIAR QUIEN CONVIVE CON UN SOBRINO QUIEN ESTA AL PENDIENTE DE ELA, SIN EMBARGO, ESTE MANIFIESTA QUE POR CUESTIONES LABORALES NO LA PUEDE CUIDAR, TENIENDO EN CUENTA QUE LA ADULTA MAYOR EN CIEGA.

DATOS ENTIDAD DONDE SE REMITE

NOMBRE ENTIDAD: (CPSAM) CPSAM DIVINO PASTOR

PERSONA ENCARGADA DEL CPSAM: DAVID MARIN TELEFONO: 3234591222

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA RESPONSABLE: JAIME ARISTOBULO MENA

FIRMA: _____ TELEFONO: 3206765419

Scanned with CamScanner