DEPENDENCIA QUE EJECUTA EL CONTRATO	SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL
CONTRATO No.	MP-C-SIS-024-2025
FECHA DEL CONTRATO	25 de abril de 2025
CONTRATISTA	FUNDACIÓN HOGAR CRISTO RESUCITADO, identificada con NIT No. 900196090-9; representada legalmente por JOAQUIN ALBERTO GÓMEZ RENDÓN, mayor de edad, vecino de Palmira, con la cédula de ciudadanía No. 8464433.
OBJETO	AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ESTADÍA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DE UN CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR,
SUPERVISOR	LUZ ELENA SANDOVAL ÁLVAREZ – SUBSECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL
VALOR DEL CONTRATO	EL valor total del convenio será de SESENTA Y SIETE MILLONES VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE ($67.028.310). La Secretaría de Integración Social de la Alcaldía de Palmira aportará la suma de CUARENTA Y SEIS MILLONES TREINTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($46.030.680). La ESAL aportará en ESPECIE la suma que haya ofrecido en su propuesta, la cual no podrá ser inferior a VEINTE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE (20.997.630)
FORMA DE PAGO	Se realizarán desembolsos de cuotas parciales, previa certificación del recibo a satisfacción por parte del supervisor, previa certificación del recibo a satisfacción por parte del supervisor, a la presentación del informe de avance técnico y financiero que verifique el avance real y efectivo en dicho tiempo de ejecución y de acuerdo al cumplimiento del

	cronograma, así como certificación del pago de aportes de Seguridad Social y Parafiscales.
PLAZO DE EJECUCIÓN	31 de diciembre de 2025
FECHA INICIO	30/04/2025
NUMERO DE CP	2185 del 29/04/2025
No. DE GARANTÍAS (cuando aplique)	Seguros del Estado Póliza de seguro de cumplimiento: 45-44-101165559 Póliza de responsabilidad extracontractual: 45-40-101099638
FECHA DE APROBACIÓN DE GARANTÍAS (cuando aplique)	29/04/2025
FECHA DE COBERTURA DE LA ARL (cuando aplique)	N/A
CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PREVIAS A LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO (cuando aplique)	N/A

En el Municipio de Palmira, a los treinta (30) días del mes de abril de 2025, en la oficina de SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL, se reunieron LUZ ELENA SANDOVAL ÁLVAREZ – Subsecretaria de Desarrollo e Inclusión Social, en calidad de Supervisor del contrato, y el señor JOAQUIN ALBERTO GÓMEZ RENDÓN, mayor de edad, vecino de Palmira, con la cédula de ciudadanía No. 8464433 , quien obra como Representante Legal de FUNDACIÓN HOGAR CRISTO RESUCITADO, identificada con NIT No. 900.196.090-9 en su calidad de asociado, con el fin de dar inicio al convenio en referencia.

En constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que en ella intervinieron.

LUZ ELENA SANDOVAL ÁLVAREZ
Supervisor

JOAQUIN ALBERTO GÓMEZ RENDÓN
Representante Legal
FUNDACIÓN HOGAR CRISTO RESUCITADO

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

1. No. CONTRATO	2. DATOS DEL INFORME		3. TIPO DE INFORME	4. DATOS DEL SUPERVISOR	
	2.1 No. Pago	2.2 Fecha del Pago		4.1 Nombre	4.2 Cargo
MP-C-SIS-024-2025	06	martes, 21 de octubre de 2025	SUPERVISIÓN	LUZ ELENA SANDOVAL ALVAREZ	SECREATARIA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SO

5. DATOS DEL CONTRATO

5.1 Nombre del Contratista	5.2 Identificación	5.3 Fecha de Inicio	5.4 Fecha Final	5.5 Duración (Meses)	5.6 Ejecución (Meses)	5.7 Tiempo Ejecutado (%)
FUNDACIÓN HOGAR CRISTO RESUCITADO	900196090-9	30-abr-2025	31-dic-2025	8,2	5,8	71,02%

5.8 Objeto del Contrato

AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ESTADÍA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DE UN CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR.

5.9 Forma de Pago	5.10 Descripción	5.11 Valores	5.12 Duración (Meses)	5.13 Ejecución (Meses)	5.14 Tiempo Ejecutado (%)
SE REALIZARAN DESEMBOLSOS DE CUOTAS PARCIALES PREVIA CERTIFICACIÓN DEL RECIBO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR, A LA PRESENTACIÓN DEL INFORME DE AVANCE TÉCNICO Y FINANCIERO QUE VERIFIQUE EL AVANCE TECNICO Y FINANCIERO QUE VERIFIQUE EL AVANCE REAL Y EFECTIVO EN DICHO TIEMPO DE EJECUCIÓN Y DE ACUERDO AL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA, ASÍ COMO LA CERTIFICACIÓN DEL PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.	5.10.1 Contrato Inicial	$ 46.030.680	8,17	5,80	71,02%
	5.10.2 Adiciones al Contrato				
	5.10.3 Suspensiones al Contrato				
	5.10.4 Total Contrato + Adiciones	**$ 46.030.680**	**8,17**	**5,80**	**71,02%**
	5.10.5 Nueva Fecha Final				

6. APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

6.1 Periodo de Aportes	6.2 Número Planilla (PILA)	6.3 Fecha de Pago	6.4 Últimos dos Dígitos (C.C. / Nit)	6.5 Fecha Máxima de Pago de Aportes	6.6 Cumple	6.7 Nombre de la ARL	6.8 Fecha Afiliación ARL	6.9 Nivel Riesgo	6.10 Análisis del Riesgo
	PERSONA JURIDICA							0	Asumido por el Contratista

6.11 Datos de Referencia para el Supervisor		6.12 Datos del Pago de la Planilla de Seguridad Social (sin mora)	
6.11.1 Valor a Pagar	6.11.2 Ingreso Base de Cotización (IBC)	6.12.1 Exonerado del Pago a Pensión	6.12.2 Descripción de la Exoneración
$ 5.753.835	PERSONA JURIDICA		

6.11.3 Concepto del Aporte	6.11.4	6.11.5 Valor del Aporte	6.12.3 Valor Pagado	6.12.4 Cumple	6.12.5 Observaciones Aportes al Sistema de Seguridad Social
6.11.3.1 Aportes a Salud (EPS)	12,50%				
6.11.3.2 Aportes a Pensión (AFP)					
6.11.3.3 Aportes a Riesgos Laborales (ARL)					
6.11.3.4 Valor Total (sin Mora)					

7. DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

7.1 No.	7.2 Documento	7.3 Documentos en la Carpeta Digital de la Dependencia	7.4 Entregados a la Dirección de Contratación	7.5 Entregados a la Secretaría de Hacienda
1	Radicado en la Secretaría de Hacienda	X	X	X
2	Orden de Pago (SIIF)	X	X	X
3	Acta de Recibo (SIIF) o Entrada Almacén	X	X	X
4	Minuta del Contrato (SIIF)	X	No Aplica	X
5	Acta de Inicio	X	No Aplica	X
6	Informe de Actividades y soportes	X	X	No Aplica
7	Informe del Supervisor	X	X	No Aplica
8	Factura o Documento equivalente	X	X	X
9	Pago Seguridad Social	X	X	X
10	Certificación de Parafiscales	X	X	X
11	Certificación Bancaria	X	No Aplica	X

8. SEGUIMIENTO

8.1 Item	8.2 Actividades Generales	8.3 SI / NO	8.4 Observaciones
1	Conoce y entiende los términos y condiciones del contrato	SI	

2	Se ha materializado algún riesgo planteado en la matriz de riesgos del Contrato	NO	El Contratista ha leído y entiende los términos y condiciones del contrato, NO se han materializado riesgos previstos en la matriz de riesgos del contrato, el contrato ha presentado un desarrollo normal y cordial entre las partes, el contratista organiza y administra el recibo de bienes y servicios establecidos en el contrato, el contratista está dando cumplimiento a los bienes y/o servicios establecidos en el contrato, el contratista presenta soportes de la ejecución contractual, durante el período del informe se desarrollaron reuniones de seguimiento.
3	Se han presentado controversias entre las partes	NO	
4	Se organiza y administra el recibo de los bienes y/o servicios establecidos en los documentos del Contrato	SI	
5	Se ha presentado rechazo justificado de los bienes y/o servicios establecidos en los documentos del Contrato	NO	
6	Se ha presentado incumplimientos del proveedor o contratista al presentar los soportes correspondientes	NO	
7	Se ha solicitado informes y convocado a reuniones para el cumplimiento de la función de supervisor	SI	
8.5 Item	**8.6 Seguimiento Administrativo**	**8.7 SI / NO**	**8.8 Observaciones**
1	Se encuentra completo el expediente físico y electrónico con los informes previstos	SI	El expediente físico y electrónico del contrato se encuentra completo y al día, las garantías del contrato se encuentran al día, No se hicieron requerimientos por parte de los entes de control, se ha dado cumplimiento a la publicación de los documentos del contrato en el SIIF y en el SECOP, el contratista está cumpliendo con sus obligaciones en materia de seguridad social y salud en el trabajo, como también el cumplimiento de normas legales
2	Las pólizas y garantías del contrato se encuentran vigentes	SI	
3	Han solicitado los organismos de control informes y el contratista los ha presentado	No Aplica	
4	Se cargó en los tiempos, los documentos del Contrato en el SIIF y se garantizó el principio de publicidad	SI	
5	Se ha verificado el cumplimiento de las obligaciones del contratista en materia de Seguridad Social, Seguridad y Salud en el Trabajo, Planes de Contingencia, Normas ambientales, Planes de Emergencia y cualquier otra norma aplicable al contrato	SI	
8.9 Item	**8.10 Seguridad y Salud en el Trabajo (Personas Naturales y Jurídicas)**	**8.11 SI / NO**	**8.12 Observaciones**
1	Aportó los elementos necesarios de protección personal para el desempeño de sus actividades	SI	el contratista está cumpliendo con la utilización de los elementos de protección personal necesarios, , ,
2	Aportó las certificaciones de competencias requeridas o necesarias para desarrollar las tareas de alto riesgo	No Aplica	
3	Aportó el permiso de trabajo para el desarrollo de las tareas de alto riesgo avaldo por SST	No Aplica	
4	Se recibieron reportes de accidentes e incidentes de trabajo	No Aplica	
8.13 Item	**8.14 Seguridad y Salud en el Trabajo (Solo Personas Jurídicas)**	**8.15 SI / NO**	**8.16 Observaciones**
1	Aportó certificación de avance de la Resolución 1111 de 2017 (Plazos para implementar el SST), avalada por el SST	No Aplica	, ,
2	Aportó el Plan Anual de Trabajo	No Aplica	
3	Aportó el Plan Anual de Capacitaciones	No Aplica	
8.17 Item	**8.18 Seguimiento Técnico**	**8.19 SI / NO**	**8.20 Observaciones**
1	Se ha dado cumplimiento a las normas técnicas aplicables	SI	El contratista ha dado cumplimiento a las normas técnicas aplicables al contrato, El contratista está cumpliendo con las condiciones ofrecidas en el contrato, El Contratista no ha hecho solicitudes de ajustes o cambios en las condiciones del contrato, El Contratista, durante el período del informe no hizo solicitudes o requerimientos técnicos, El Contratista, durante el período del informe, no ha presentado incumplimientos en los que se necesite aplicar las garantías del contrato
2	Se ha revisado que el contratista o su equipo cumpla las condiciones ofrecidas de acuerdo a lo previsto en el contrato	SI	
3	Se han requerido cambios o ajustes en las condiciones el contrato	NO	
4	Se han recibido solicitudes o requerimientos técnicos por parte del contratista y se han dado las recomendaciones respectivas.	NO	
5	El contrato ha tenido la necesidad de hacer efectivas las garantías	NO	

9. CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL					
9.1 No.	9.2 Obligación Contractual	9.3 Actividad Desarrollada	9.4 Anexos o Sorpotes de Evidencia	9.5 Cumple	9.6 Observaciones
1	Brindar el servicio de alimentación a los 10 adultos (as) mayores que habitan en el Centro de bienestar. Con cinco comidas diarias (Desayuno- Refrigerio am – Almuerzo-Refrigerio pm-Cena).	La fundación Cristo Resucitado entrega la alimentación preparada de manera balanceada, acorde a las necesidades de las personas mayores en los cinco tiempos diarios de lunes a domingo.	Informe de actividades y evidencias	SI	
2	Prestar la orientación psicosocial a cada uno de los adultos (as) mayores en el CBA. Realizando una evaluación inicial y orientaciones psicológicas individuales en el mes a los beneficiarios que lo requieran, así mismo jornadas grupales durante el mes.	Cuentan con Psicóloga para la atención Psicosocial, realiza los seguimientos pertinentes y se lleva a cabo acompañamiento individual psicosocial y espiritual	Informe de actividades y evidencias	SI	
3	Realizar atención primaria en salud relacionadas con geriatría y malnutrición, vacunación y demás actividades que se consideren y elaborar las remisiones correspondientes al servicio de salud que atiende al adulto mayor.	Se realiza la atención por parte de la auxiliar de enfermería, y se recibe la visita del Hospital Raúl Orejuela Bueno para la realizaci{on de los controles médicos de rutina, se suministran los medicamentos y se hace diariamente las rutinas de aseo a cada una de las adultas mayores.	Informe de actividades y evidencias	SI	
4	Garantizar el buen estado del inmueble donde opera el centro de Bienestar – este debe contar con todos los servicios públicos básicos disponibles (agua, energía, alcantarillado y sistemas de comunicación Teléfono e internet) y debe contar con sus rutinas de aseo y desinfección.	El Centro de bienestsr cuenta con todos los servicios básicos domiciliarios habilitados y disponibles con pagos al día, cuent con sistema de comunicaci{om via telefonica y de internet, cuenta con camaras de seguridad, cuenta con los espacios limpios y en excelentes condiciones.	Informe de actividades y evidencias	SI	
5	Disponer de áreas comunes para la realización de jornadas lúdicas y deportivas con los adultos mayores. Así mismo deberá contar con: baños -zona de comedores y de televisión para los adultos.	El CBA, dispone de áreas comunes para la realización de jornadas lúdicas con las adultos mayores -Baños - zona de comedores y de televisión para los adultos, que brindan comodidades y un buen vivir a estas personas que tanto lo necesitan.	Informe de actividades y evidencias	SI	
6	Llevar a buen término las demás actividades programadas dando cumplimiento a la ley 1276 de 2009 y demás legislación aplicable para la atención a la población adulto(a) mayor, cumplir con los requerimientos técnicos para el funcionamiento exigidos por el Ministerio de salud y de Protección social y que se encuentran plasmados en la ley 1276 de 2009, ley 1315 de 2009 y la Resolución 024 de 2017, modificada por la Resolución 055 de 2018.	El CBA cuenta con aval de funcionamiento y desarrolla diferentes actividades de manera integral para el bienestar de las adultas mayores, realizando jornadas espirituales y actividades l{udicas, acorde al estado de ellas ya que se encuentran demasiado mayores, sin embargo se encuentran en unas condiciones dignas y cuidados propios para su estado.	Informe de actividades y evidencias	SI	
7	Tener disponible y emplear en la ejecución el personal necesario para el cumplimiento de las actividades requeridas de conformidad a lo establecido en el convenio.	El Centro de Bienestar cuenta con el personal idóneo para la atención viculadas de manera directa	Informe de actividades y evidencias	SI	
8	Apoyar a la Administración Municipal a través de la Secretaría de Integración social, en la atención y recepción de personas adultas mayores en condición de abandono, que cumplan con las condiciones y requisitos para poder brindarles estadía en el Centro de Bienestar.	A la fecha de reporte no se han enviado solicitudes de ingreso de personas mayores	Informe de actividades y evidencias	SI	
9	Responder por la adecuada y correcta ejecución de los recursos entregados por el Municipio - Secretaría de Integración Social para el cumplimiento del objeto del presente Convenio.	La fundación realiza un adecuado manejo de los recursos destinados en el convenio, los cuales son empleados en las necesidades priorizadas	Informe de actividades y evidencias	SI	
10	Presentar un informe financiero mensual firmado por el contador o revisor fiscal, de la ejecución presupuestal, anexando todos los soportes contables.	La fundaci{on adjutna el informe financiero	Informe de actividades y evidencias	SI	
11	Entregar al finalizar el convenio un informe cualitativo de la población atendida.	Esta actividad no aplica para el periodo.	Informe de actividades y evidencias	NO	

10. SEGUIMIENTO FINANCIERO, CONTABLE, FISCAL Y JURÍDICO			
10.1 Item	10.2 Seguimiento Financiero y Contable	10.3 SI / NO	10.4 Observaciones
1	Se hace seguimiento a la gestión financiera del contrato (Registro Presupuestal, Planeación de los pagos previstos y disponibilidad de caja)	SI	La revisión del avance financiero, se hizo al momento de la presentación de los documentos para el respectivo pago, La revisión de los documentos necesarios para el pago, se hizo al momento de la presentación de los respectivos documentos (ver
2	Se hace revisión de los documentos necesarios para efectuar los pagos al contratista, incluyendo el recibo a satisfacción de los bienes y/o servicios objeto del contrato	SI	

3	Se ha hecho entrega de anticipos y se han amortizado en los terminos de la Ley y del contrato	No Aplica	pago, se hizo al momento de la presentación de los respectivos documentos (ver soportes del pago), , El Contrato no presenta situaciones que afectan el valor total del contrato
4	Se ha presentado modificaciones en la actividades que afecten el valor inicial del contrato	NO	

10.5 Estado fiscal del contrato

10.5.1 No.	10.5.2 Concepto	10.5.3 Ingresos	10.5.4 Egresos	10.5.5 Valor Total de Contrato + Adiciones	
1	10.5.2.1 Valor del contrato	$ 46.030.680			
2	10.5.2.2 Valor de las adiciones al contrato	$ -		$ 46.030.680	
3	10.5.2.3 Valores cancelados al contratista		$ 28.769.175	10.5.6 Total Pagos al Contrato	La ejecución fiscal del Contrato va en un 75%, estando pendiente por pagar al Contratista la suma de: $ 11507670
4	10.5.2.4 Valor a pagar en la presente acta		$ 5.753.835		
5	10.5.2.5 Saldo por pagar al contratista		$ 11.507.670	$ 34.523.010	
6	10.5.2.6 Saldo a favor del municipio			10.5.7 % Avance	
	10.5.2.7 Sumas Iguales	**$ 46.030.680**	**$ 46.030.680**	**75,00%**	

10.5.8 Item	10.5.9 Seguimiento Jurídico	10.5.10 Cumple	10.5.11 Observaciones
1	El seguimiento jurídico del contrato busca la conformidad de la ejecución del contrato con el texto del contrato y la norma aplicable	SI	Las actividades del contrato, se desarrollaron conforme a los términos establecidos en el mismo y la normatividad aplicable al mismo
2	El Seguimiento jurídico del contrato verifica que las actividades subcontratadas hayan sido autorizadas previamente por la Entidad. (En todo caso, de ser el ejecutor, no podrá Subcontratar el 100% de las Actividades)	No Aplica	El contrato no cuenta con actividades para subcontratar

11. OBSERVACIONES

Considerando que a la fecha del presente Informe se encuentran parcialmente cumplidas y recibidas.

Teniendo en cuenta el contenido y el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato dejo constancia que no existe controversia alguna.

Para constancia de lo anterior se firma en Palmira a los **21** dias del mes de **Octubre** del año **2025**

Luz Elena Sandoval A

LUZ ELENA SANDOVAL ALVAREZ
SUPERVISOR

CONTRATO:	MP-C-SIS-024-2025
OBJETO DEL CONTRATO:	AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ESTADÍA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DE UN CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR.
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FUNDACIÓN HOGAR CRISTO RESUCITADO
VALOR DEL CONTRATO:	CUARENTA Y SEIS MILLONES TREINTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ($46.030.680)
SUPERVISOR O INTERVENTOR: (INCLUIR NOMBRE Y CARGO) (para el caso de los contratistas a quienes se les realice seguimiento a través de una interventoría podrán hacer uso del formato acordado por las partes para presentación de informes de actividades)	NOMBRE: LUZ ELENA SANDOVAL ÁLVAREZ CARGO: SUBSECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL
FECHA DE ACTA DE INICIO:	30 DE ABRIL DE 2025
FECHA DE FINALIZACIÓN:	31 DE DICIEMBRE DE 2025
INFORME CORRESPONDIENTE ACTA PARCIAL No.:	**06 Acta Parcial** (21 de septiembre de 2025 a 20 octubre de 2025)
CUENTA DE COBRO POR VALOR DE:	$5.753.835
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS	

1. **Brindar el servicio de alimentación a los 10 adultos(as) mayores que habitan en el Centro de bienestar. Con cinco comidas diarias (Desayuno- Refrigerio am – Almuerzo- Refrigerio pm- Cena).**

Dando cumplimiento al contrato MP-C-SIS-024-2025, se acuerda proveer mensualmente el servicio de alimentación a 10 adultos mayores del centro de bienestar. Logramos establecer la base de una alimentación balanceada, respetando las condiciones de salud para cada adulto mayor. Se brinda alimentación durante el día en cinco tiempos: Desayuno, Refrigerio am, Almuerzo, Refrigerio pm y Cena

Soporte: **Anexo 1 -** Minuta alimentaria

2. **Prestar la orientación psicosocial a cada uno de los adultos(as) mayores en el CBA. Realizando una evaluación inicial y orientaciones psicológicas individuales en el mes a los beneficiarios que lo requieran, así mismo jornadas grupales durante el mes.**

Nuestro compromiso con nuestros adultos mayores nos conlleva a organizar un trabajo impecable con relación a las necesidades de manera individual y/o grupal que se pueda presentar. Para esto contamos con una psicóloga que nos colabora y realiza los seguimientos pertinentes y presta orientación psicosocial a cada una de las adultas mayores del CBA. En el CBA se llevan a cabo actividades lúdicas y acompañamiento espiritual, realizando misa en el CBA cada 2 semanas

Soportes:

Anexo 2 Planillas de evaluación psicológica Individual

Anexo 3 - Evidencias Fotográficas del CBA , se evidencian las actividades grupales adelantadas durante el periodo, actividades lúdicas realizadas a las adultas mayores, talleres grupales en los cuales se les pone música para que ellas decidan si quieren bailar, pintar, cantar o simplemente escuchar, visita a Familiares y misa.

3. **Realizar atención primaria en salud relacionadas con geriatría y malnutrición, vacunación y demás actividades que se consideren y elaborar las remisiones correspondientes al servicio de salud que atiende al adulto mayor.**

Se realizan controles médicos, exámenes de rutina. Cada 3 Meses, profesionales del Hospital Raúl Orejuela Bueno visitan el CBA, revisan el estado de salud de las Adultas Mayores. En **septiembre 25 de 2025** se tuvo la Visita y se actualizaron las historias clínicas y Medicamentos. Próxima VISITA se espera en **diciembre de 2025**. De acuerdo a los diagnósticos de cada adulto mayor, se suministran los medicamentos adecuados para sus afecciones de salud.

Soporte:

Anexo 4 - Historias Clínicas actualizadas por los profesionales de salud

.

Anexo 5 - Evidencia de Suministro de Medicamentos

4. **Garantizar el buen estado del inmueble donde opera el centro de Bienestar – este debe contar con todos los servicios públicos básicos disponibles (agua, energía, alcantarillado y sistemas de comunicación Teléfono e internet) y debe contar con sus rutinas de aseo y desinfección.**

El CBA Fundación Hogar Cristo Resucitado, cuenta con todos los servicios integrados de Agua, energía, sistema de vertimientos de aguas residuales, sistemas de comunicación teléfono e internet, además cuenta con un sistema de 7 cámaras monitoreadas por la coordinadora del hogar para garantizar el orden, aseo y bienestar de las Adultas Mayores. El hogar dispone de un celular con plan de voz y datos. Cuenta con un espacio amplio que permite atender hasta 10 adultas mayores, con excelentes condiciones de la asepsia en todas sus instalaciones.

Soporte:

En Anexo 3- Evidencias Fotográficas Evidencias del CBA - se evidencian las Cámaras Monitoreadas, las cuales para su operación requieren energía e Internet.

5. **Disponer de áreas comunes para la realización de jornadas lúdicas y deportivas con los adultos mayores. Así mismo deberá contar con: baños -zona de comedores y de televisión para los adultos.**

El CBA, dispone de áreas comunes para la realización de jornadas lúdicas con las adultos mayores -Baños -zona de comedores y de televisión para los adultos, que brindan comodidades y un buen vivir a estas personas que tanto lo necesitan.

Soporte:

En Anexo 3- Evidencias Fotográficas del CBA - se adjunta Plano del establecimiento donde se evidencian amplias zonas de circulación, iluminación y aireación, jardines, así como evidencia fotográfica del estado de las instalaciones.

6. **Llevar a buen término las demás actividades programadas dando cumplimiento a la ley 1276 de 2009 y demás legislación aplicable para la atención a la población adulto(a) mayor, cumplir con los requerimientos técnicos para el funcionamiento exigidos por el Ministerio de salud y de Protección social y que se encuentran plasmados en la ley 1276 de 2009, ley 1315 de 2009 y la Resolución 024 de 2017, modificada por la Resolución 055 de 2018.**

Soporte:

De acuerdo con la Resolución No. 19, expedida el 4 de marzo de 2025, la Secretaría de Salud, como Autoridad Sanitaria del Municipio de palmira, otorgó autorización de funcionamiento al centro de protección social para el adulto mayor, denominado "Fundación Hogar Cristo Resucitado", identificado con nit:900196090, habiendo verificado el cumplimiento de los requisitos mínimos esenciales que constituyen el mérito suficiente.

7. **Tener disponible y emplear en la ejecución el personal necesario para el cumplimiento de las actividades requeridas de conformidad a lo establecido en el convenio.**

El CBA cuenta con Dos (2) Colaboradoras vinculadas como empleadas de la Fundación y una tercera colaboradora que nos presta el servicio de reemplazo de turnos como trabajadora independiente y quien cuenta con su seguridad Social.

Soporte:

En Anexo 6 - Certificado de pago de aportes de Seguridad Social y planilla de pago resumida

8. **Apoyar a la Administración Municipal a través de la Secretaría de Integración social, en la atención y recepción de personas adultas mayores en condición de abandono, que cumplan con las condiciones y requisitos para poder brindarles estadía en el Centro de Bienestar.**

El CBA mantiene informada a la Secretaria de Integración Social acerca de los cupos disponibles y está atenta a recibir personas adultas mayores en condición de Abandono que cumplan con las condiciones y requisitos para poder brindarles estadía en el Centro de Bienestar

Soporte: No aplica para el periodo, dado que no se recibió solicitud de recibo de adultas mayores por parte de la secretaria de integración social.

9. Responder por la adecuada y correcta ejecución de los recursos entregados por el Municipio - Secretaría de Integración Social para el cumplimiento del objeto del presente Convenio.

Se da buen manejo al recurso recibido por parte del convenio, se utiliza en las necesidades del centro de bienestar, con el fin de garantizar condiciones óptimas para la permanencia de las adultas mayores que allí residentes.

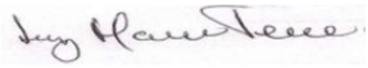
Soporte: Anexo 7 - Gastos realizados durante el periodo

10. Presentar un informe financiero mensual firmado por el contador o revisor fiscal, de la ejecución presupuestal, anexando todos los soportes contables.

Soporte: Anexo 8 - Se adjunta informe financiero firmado por el contador para el periodo.

11. Entregar al finalizar el convenio un informe cualitativo de la población atendida.

Soporte: No Aplica para el Periodo

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES SUBCONTRATADAS (En este aparte, se debe detallar las actividades subcontratadas, y enunciar la Cláusula que corresponde a previsión de subcontratación, aportando la autorización otorgada por el supervisor del convenio o contrato previamente)	
PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL	Certifico bajo la gravedad de juramento que la planilla integrada autoliquidación de aportes **No. 7984726419** corresponde al Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. MP-C-SIS-024-2025, cumpliendo de esta manera con el artículo 50 de la ley 789 de 2002.
CONTRATISTA	**FIRMA:** 

Fundación Hogar Cristo Resucitado
NIT 900.196.090-9

CERTIFICACION PARA ACREDITAR EL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Señores
MUNICIPIO DE PALMIRA
Ciudad

Con el fin de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO Que la FUNDACIÓN HOGAR CRISTO RESUCITADO NIT 900.196.090-9 ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a salud, pensiones y riesgos laborales y cuando ha sido el caso con los aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje, instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.

Por lo anterior Certifico que se la FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO se encuentra a Paz y Salvo hasta el mes de **Agosto de** 2025, según planilla adjunta. Valor pagado **$ 1.090.600/ mes**.

En mi calidad de Revisor Fiscal expido este documento el día 15 de Septiembre de 2025.

GUILLERMO GARZON OSPINA
C.I. 16.259.587 de Palmira
T.P. 27.259-T
Revisor Fiscal

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900196090
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO
CIUDAD/MUNICIPIO:	PALMIRA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	TRANVERSAL 2 #3-51	TELÉFONO:	6669098
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otras asociaciones n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7984726419**			TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/26			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1804847578

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 455.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 455.600	$ 0	$ 455.600
SUBTOTALES:										**$ 455.600**	**$ 0**	**$ 455.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 356.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 356.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	2		$ 0	$ 0		$ 0	$ 22.400	$ 22.400	$ 0	$ 0	$ 22.400
SUBTOTALES:									**$ 22.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 22.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF57	CCF57-COMFANDI	2	$ 114.000	$ 0	$ 114.000
SUBTOTALES:			**$ 114.000**	**$ 0**	**$ 114.000**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	2	$ 85.600	$ 0	$ 85.600
PASENA	PASENA - SENA	2	$ 57.000	$ 0	$ 57.000
SUBTOTALES:			**$ 142.600**	**$ 0**	**$ 142.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																			PARAFISCALES						
																											PENSIÓN							SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDA	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 25498247	ADVINCULA RAMOS YOLANDA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	000002	$ 14.900	30	$ 1.423.500	CCF57-COMFANDI	$ 57.000	$ 28.500	$ 42.800	$ 0	$ 0
2	CC 37391651	PARADA CAMACHO GLADYS PATRICIA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	000000001	$ 7.500	30	$ 1.423.500	CCF57-COMFANDI	$ 57.000	$ 28.500	$ 42.800	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.090.600

Certificado
Bancario

Martes, 13 de mayo de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCIT identificado(a) con NIT 900196090, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	73513666982	2013/09/25	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO
NIT: 900196090-9
Régimen: No responsable de IVA
Persona Jurídica
TV 2 3 51 LA DOLORES PALMIRA, Palmira, Valle Del Cauca, Colombia
Tel. 6026649094
Email. hogarcristoresucitado@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764081850438 válida desde 2024-10-21 hasta 2025-10-21 rango desde FELE40 hasta FELE100.

Nombre o Razón Social: MUNICIPIO DE PALMIRA
NIT : 891380007
Dirección: CL 30 CR 29 ESQ ED CAPMP 6, Palmira, Valle Del Cauca, Colombia, CP 763533
Teléfono: 3128466769
Email: francia.orozco@palmira.gov.co

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**FELE51**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**14:35:41-05:00**
FECHA FIRMADO:	**15/10/2025 14:35:44**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	10	2025	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	01	Convenio No MP-C-SIS-024-2025 firmado con el Municipio de Palmira SEXCTA (6) CUOTA DEL CONTRATO FIRMADO CON EL OBJETO DE AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONNDICIONES DE ESTADIA Y ATENCION INTEGRAL DE LOS DULTOS MAYORES EN CONDICION DE VULNERABILIDAD A TRAVES DELCENTRO DE BIENESTAREL ADULTOMAYOR:FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO	WSD	1,00	$5.753.835,00				0,00	$5.753.835,00

Notas:

SON: (cinco millones setecientos cincuenta y tres mil ochocientos treinta y cinco pesos)
CUFE: 4d09a65d50fb7fbab1409be563cfe72da38455fc51a10009402f1bb3d3c77f8c4a782f60ec42daf7d7582fba2aab36d4

Subtotal:	$5.753.835,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$5.753.835,00

Firma Digital: RyKxKkwymXBwihMd9G7UjGNc/RQmAaBZBHjwbdDeJjGG8u8HawNXLfbeqquCWika WbstvDN/L1HJAiZZx/bzfkZkiGBUI5vWRi9ql6TS/Ycl3yxKH0 +j+0xzR/A4d4Oi HsQEgMZm6OeT1MrZ8o3xyMzwwHxNXWuQDzJsRWaPjrCms0CCDTjyM2zonvrYow42 L0w7guqr9SLvHGsCQ3unE5OTF3wxWFvSTd4 HykFuB4iiAOYvraRseuqhq5FJE+IW WluxjUCgyXNrjIF40nX2/Q4va3WvbxZpdQm2VaDVC2+ZN5Cvp947v5aCbZFckjUj 0BohyOZcU1IIciowQoWz Rg==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

FUNDACION

HOGAR
CRISTO RESUCITADO

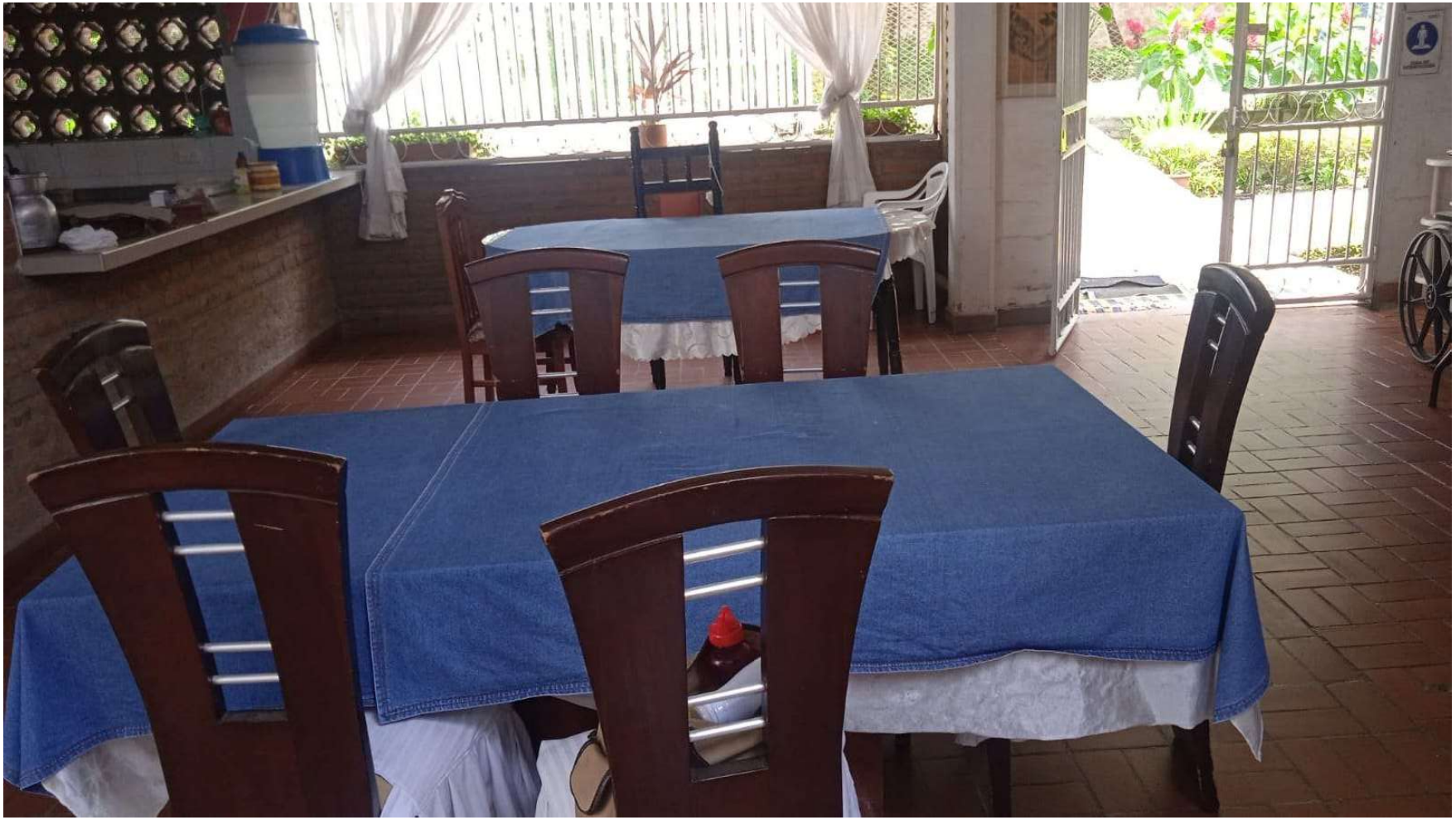
INFORME DE AVANCE No. 6
CONVENIO No MP- C-SIS-024-2025

Evidencias fotográficas del cumplimiento del compromiso de velar por los servicios integrales de los adultos mayores

OBLIGACION No. 1

Brindar el servicio de alimentación a las adultas mayores que habitan en el Centro de Bienestar.
Con cinco comidas diarias

Desayuno- Refrigerio A.M – Almuerzo - Refrigerio P.M.- Cena



COMEDOR

CONGELADOR

DONADO POR LA SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL



NEVERAS





COCINA











DESAYUNOS

REFRIGERIO A.M

















ALMUERZO









REFRIGERIO P.M.

CENA









CERTIFICADO DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

GLADYS PATRICIA PARADA CAMACHO

Con Cédula de Ciudadanía No. 37391651

Cursó y aprobó la acción de Formación

HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS,

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Valledupar. a los diez (10) dias del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



JAIME JOSE BAUTE DANGON
Subdirector (E)
CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE
REGIONAL CESAR

102023735 - 10/12/2024
FECHA REGISTRO

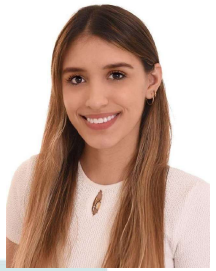
La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9114003116598CC37391651C.

FUNDACION
HOGAR
CRISTO RESUCITADO

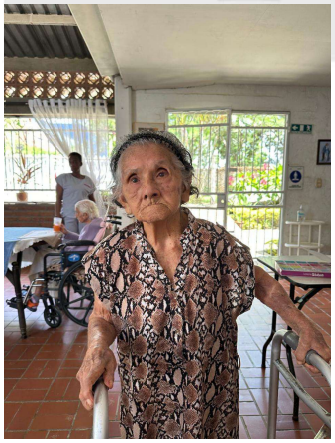
OBLIGACION No. 2

Prestar la orientación psicosocial a cada uno de los adultos(as) mayores en el CBA. Realizando una evaluación inicial y orientaciones psicológicas individuales en el mes a los beneficiarios que lo requieran, así mismo jornadas grupales durante el mes.

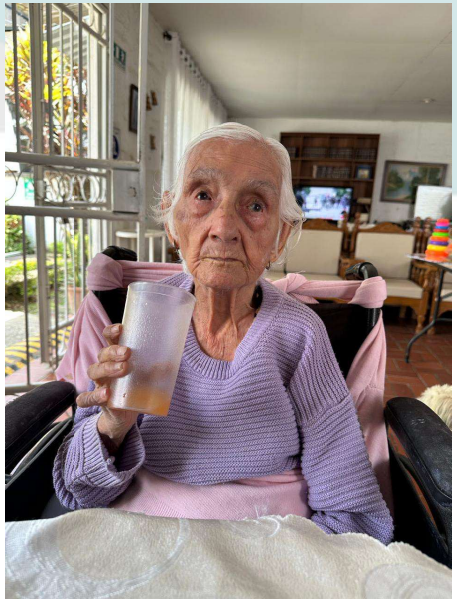
EVALUACION PSICOLOGICA INDIVIDUAL
Anexo 2 del Informe

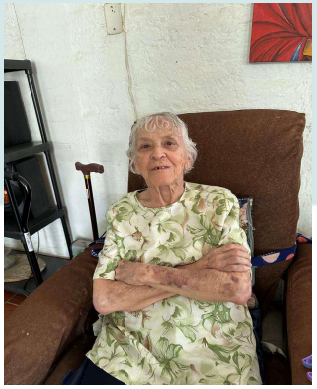


Psicologa : Angela Maria Pardo Riveros

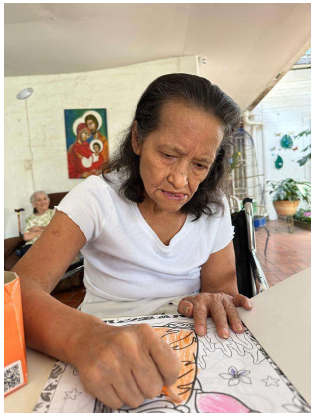


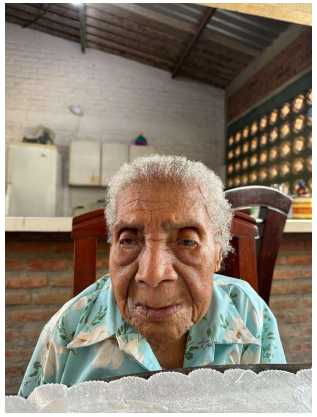


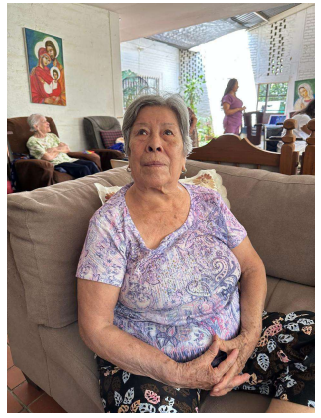












INTERVENCION DE FISIOTERAPEUTA











ACOMPANAMIENTO ESPIRITUAL

Misa Dominical



FUNDACION

HOGAR
CRISTO RESUCITADO

OBLIGACION No. 3

Realizar atención primaria en salud relacionadas con geriatría y malnutrición, vacunación y demás actividades que se consideren y elaborar las remisiones correspondientes al servicio de salud que atiende al adulto mayor.


FUNDACION
HOGAR
CRISTO RESUCITADO

Salud

PLAN DE MANEJO

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2025-09-25 09:36:53
Nro. Prescripción
20250925159002258900

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: VALLE DEL CAUCA	Municipio: PALMIRA	Código Habilitación: 765200302949
Documento de Identificación: 815000316	Nombre Prestador de Servicios de Salud: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E - SEDE SAN VICENTE	
Dirección: CARRERA 29 NO. 39-51	Teléfono: 2856161 EXT 1100	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC38995497	Primer Apellido: MARIN	Segundo Apellido: LOPEZ	Primer Nombre: MARIA	Segundo Nombre: MERCEDES
Número Historia Clínica: 38995497	Diagnóstico Principal: R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO	

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Servicio Complementario	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidad	Frecuencia Uso	Duración Tratamiento (Cantidad - Período)	Cantidad Total
PAÑALES	PACIENTE CON POSTRACION INCONTINENCIA URINARIA SE INDICA PAÑAL TALLA L 4 CAMBIOS AL DIA CADA 6 HORAS 120 AL MES Y 360 PARA 3 MESES	1	6 HORA(S)	90 DÍA(S)	360

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC1113668698	Nombre: SUANY VIVIANA ABADIA RAMIREZ
Registro Profesional: 1113668698	Firma: Dra. Suany Viviana Abadia R. Cc. 1.113.668.698 RM: 86497
Especialidad:	CodVer: 582C-B91B-29A4-F502-119E-696A-295D-DF70

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 740 de 2024. Art. 12. Numeral 12.5

Powered by CamScanner

Salud

PLAN DE MANEJO

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2025-09-25 10:06:58
Nro. Prescripción
20250925158002259482

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: VALLE DEL CAUCA	Municipio: PALMIRA	Código Habilitación: 765200302949
Documento de Identificación: 815000316	Nombre Prestador de Servicios de Salud: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E - SEDE SAN VICENTE	
Dirección: CARRERA 29 NO. 39-51	Teléfono: 2856161 EXT 1100	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC29676119	Primer Apellido: RENTERIA	Segundo Apellido:	Primer Nombre: YOLANDA	Segundo Nombre:
Número Historia Clínica: 29676119	Diagnóstico Principal: R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO	

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Servicio Complementario	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidad	Frecuencia Uso	Duración Tratamiento (Cantidad - Período)	Cantidad Total
PAÑALES	INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL SE INDICA PAÑAL TALLA L CAMBIO CADA 6 HORAS 120 AL MES 360 PARA 3 MESES	1	6 HORA(S)	90 DÍA(S)	360

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC1113668698	Nombre: SUANY VIVIANA ABADIA RAMIREZ Dra. Suany Viviana Abadia R. Cc. 1.113.668.698 RM: 88497 Firma
Registro Profesional: 1113668698	
Especialidad:	CodVer: D045-F14E-016B-287B-C609-52E2-173E-2F8D

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 740 de 2024. Art. 12. Numeral 12.5

Powered by CamScanner

Salud

PLAN DE MANEJO

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2025-09-25 08:54:37
Nro. Prescripción
20250925171002258086

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: VALLE DEL CAUCA	Municipio: PALMIRA	Código Habilitación: 765200302949
Documento de Identificación: 815000316	Nombre Prestador de Servicios de Salud: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E - SEDE SAN VICENTE	
Dirección: CARRERA 29 NO. 39-51	Teléfono: 2856161 EXT 1100	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC29677343	Primer Apellido: BALCAZAR	Segundo Apellido: OSPINA	Primer Nombre: MARIA	Segundo Nombre: RESURRECCION
Número Historia Clínica: 29677343	Diagnóstico Principal: R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO	

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Servicio Complementario	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidad	Frecuencia Uso	Duración Tratamiento (Cantidad - Período)	Cantidad Total
PAÑALES	PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE INCONTINENCIA URINARIA, CON USO DE PAÑAL SLIP TALLA L, REALIZAR 4 CAMBIOS DE PAÑAL AL DIA 120 AL MES, Y 360 PARA 3 MESES	1	6 HORA(S)	90 DÍA(S)	360

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC1113668698	Nombre: SUANY VIVIANA ABADIA RAMIREZ	Dra. Suany Viviana Abadia R. Cc. 1.113.668.698 RM: 86497
Registro Profesional: 1113668698		Firma
Especialidad:	CodVer:	B9B1-C352-763C-AD4B-BC19-0BD9-A2D6-CC6B

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 740 de 2024. Art. 12. Numeral 12.5

Powered by CamScanner

HOSPITAL
Raúl Orejuela Bueno
Empresa Social del Estado
Palmira Valle del Cauca
NIT: 815000316-9
REPS: 7652003029

FORMATO	FR14-GAT	
	Versión 08	Página 1 de 1
RECETARIO MEDICO	Fecha Emisión: ----- ----- Fecha Revisión: Febrero 2023 Fecha Actualización: Febrero 2023	

Centro o Puesto de Salud					Fecha	25 / 04 / 25	
					EPS	Emsanar	
Tipo de Identificación:	CC	Número:	29.677.343		Régimen	C	(S)
Nombres y Apellidos	Maria Resurreccion Balcazar					Edad	89
						Sexo	(F) M
R/.		Presentación Farmacéutica	Dosis	Frecuencia	Vía Administración.	Periodo Tratamiento	Cantidad Total (Unidad)
Para	l tena Slip	talla L	Cambiar		4 veces al dia		360
Guantes.	1 caja	por mes					3
Caja de Panitos		1 por	mes				3
Oxido de Zinc	500g	Aplicar en			Cada cambio	90	3.

Diagnostico (Dx)

R32X

MD. DRAV
Dra. Sivany Viviana Abadía R.
CC. 1.113.668.698
RM: 8849

Powered by CamScanner

HOSPITAL Raúl Orejuela Bueno Empresa Social del Estado Palmira Valle del Cauca NIT: 815000316-9 REPS: 7652003029	FORMATO	FR14-GAT
		Versión 08 / Página 1 de 1
	RECETARIO MEDICO	Fecha Emisión: ---- ---- Fecha Revisión: Febrero 2023 Fecha Actualización: Febrero 2023

Centro o Puesto de Salud		Fecha	25 09 25
		EPS	Emsanar
Tipo de Identificación: cc	Número: 29.677.343	Régimen	C (S)
Nombres y Apellidos	Maria Resurrección Balcazar	Edad	89 años
		Sexo	(F) M

R/.	Presentación Farmacéutica	Dosis	Frecuencia	Vía Administración.	Periodo Tratamiento	Cantidad Total (Unidad)
Enalapril tableta	5mg	1	c12h	Oral	90	90
Hidroclorotiazida tableta	25mg	1	c12h	Oral	90	90.
levotroxina tableta	125mcg	1	c12h	Oral	90	90
Omeprazol tableta	20mg	1	c12h	Oral	90	90.

Diagnostico (Dx)

I10X - HTA E039 - Hipotiroidismo. R32X

MD. DR(A)
Dra. Suany Viviana Abadia R.
Cc. 1.113.668.698
RM: 86497

Powered by CamScanner

HOSPITAL Raúl Orejuela Bueno Empresa Social del Estado Palmira Valle del Cauca NIT: 815000316-9 REPS: 7652003029	FORMATO	FR14-GAT
		Versión 08 / Página 1 de 1
	RECETARIO MEDICO	Fecha Emisión: ---- ---- Fecha Revisión: Febrero 2023 Fecha Actualización: Febrero 2023

Centro o Puesto de Salud				**Fecha**	25 / 09 / 25		
				EPS	Emsiana		
Tipo de Identificación:	CC	**Número:**	29.677.343	**Régimen**	C / S		
Nombres y Apellidos	María Resurrección Balcazar				Edad: 89		
					Sexo: F / M		
R/.	**Presentación Farmacéutica**	**Dosis**	**Frecuencia**	**Vía Administración.**	**Periodo Tratamiento**	**Cantidad Total (Unidad)**	
Betametasona Crema	0.05%	Aplicar	3veces al día.		90	#6	
Clobmazol topico	1%	Aplicar	3veces al día		90	#6.	

Diagnostico (Dx)

R32X

Dra. Susana Viviana Abadía R.
MD. DR(A)
Cc. 1.113.668.698
RM. 86497

Powered by CamScanner

HOSPITAL Raúl Orejuela Bueno Empresa Social del Estado Palmira Valle del Cauca NIT: 815000316-9 REPS: 7652003029	FORMATO	FR14-GAT
		Versión 08 / Página 1 de 1
	RECETARIO MEDICO	Fecha Emisión: ---- ---- Fecha Revisión: Febrero 2023 Fecha Actualización: Febrero 2023

Centro o Puesto de Salud		Fecha	DD 25 MM 09 AA 23
		EPS	Emsiana.
Tipo de Identificación: CC	Número: 29.676.119	Régimen	C (S)
Nombres y Apellidos: Yolanda Rentería		Edad	81
		Sexo	(F) M

R/.	Presentación Farmacéutica	Dosis	Frecuencia	Vía Administración.	Periodo Tratamiento	Cantidad Total (Unidad)
Losartan tableta	50mg	1	C/24h	Oral	90	90
Levotiroxina tableta	50mcg	1	C/24h	Oral	90	90
Metformina tableta (Ahora)	850mg	1	C/24h	Oral	90	90
Empagliflozina tableta (Desa)	25mg	1	C/24h	Oral	90	90
Atorvastatina tableta	40mg	1	C/24h	Oral	90	90

Diagnostico (Dx)

E119 - DM hpo 2 no IR - HTA - IRCX

MD, DR(A)

Dra. Suany Viviana Abeda M.
Cc 1.113.668.698
RM 85457

Powered by CamScanner

HOSPITAL
Raúl Orejuela Bueno
Empresa Social del Estado
Palmira Valle del Cauca
NIT: 815000316-9
REPS: 7652003029

FORMATO

RECETARIO MEDICO

FR14-GAT	
Versión 08	Página 1 de 1
Fecha Emisión: ---- ---- Fecha Revisión: Febrero 2023 Fecha Actualización: Febrero 2023	

Centro o Puesto de Salud				Fecha	25 09 25
				EPS	Emsland
Tipo de Identificación:	CC	Número:	29.676.119	Régimen	C (S)
Nombres y Apellidos	Yolanda Renteria			Edad	81
				Sexo	(F) M

R/.	Presentación Farmacéutica	Dosis	Frecuencia	Vía Administración.	Periodo Tratamiento	Cantidad Total (Unidad)
Guantes 1 caja por mes.					90	3
Panitos 1 caja por mes.					90	3
Oxido de Zinc 500gr		Aplicar	3 veces al	dia	90	3

Diagnostico (Dx)

R32X

MD DR(A)
Dra. Suany Viviana Abadia R.
CC 1.113.668.698
RM. 66497

Carrera 29 # 39-51 Palmira Valle del Cauca
Tel: (602) 2856161 e-mail: ventanillaunica@hrob.gov.co
www.hrob.gov.co

Powered by CamScanner

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2025-09-25 08:44:26
Nro. Prescripción
20250925167002257899

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: VALLE DEL CAUCA	Municipio: PALMIRA	Código Habilitación: 765200302949
Documento de Identificación: 815000316	Nombre Prestador de Servicios de Salud: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E - SEDE SAN VICENTE	
Dirección: CARRERA 29 NO. 39-51	Teléfono: 2856161 EXT 1100	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC38995497	Primer Apellido: MARIN	Segundo Apellido: LOPEZ	Primer Nombre: MARIA	Segundo Nombre: MERCEDES
Número Historia Clínica: 38995497	Diagnóstico Principal: E43X DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito atención: AMBULATORIO - PRIORIZADO	

PRODUCTOS PARA SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo producto	Producto para Soporte Nutricional / Forma	Dosis	Vía o Forma de Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
DIABETES - BAJA CARGA DE CARBOHIDRATOS	GLUCERNA 1.6 KCAL LÍQUIDO 220 ML / BOTELLA	220 MILILITRO(S)	ORAL	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	DAR SUPLEMENTO NUTRICIONAL DE MEDIA MAÑANA O MEDIA TARDE. SUSPENDER EN CASO DE INTOLERANCIA	30 / TREINTA / BOTELLA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC1005745048	Nombre: GABRIELA GARCIA GUARIN
Registro Profesional: 1005745048	Gabriela García Guarín Nutricionista - Dietista C.C 1005745048 Firma
Especialidad:	CodVer: 9A04-FCF0-8305-DE3F-3241-D239-A27B-7463

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 740 de 2024. Art. 12. Numeral 12.5

Scanned with CamScanner

FUNDACION HOGAR CRISTO REDENTOR

REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS

Código: OR-CBA-001
Versión: 1
Fecha: 01/09/2025

NOMBRE Y APELLIDO: Nelly Rojas Trujillo.

FECHA REGISTRO

DESDE: 29 HASTA 5

	Medicamento	Dosis	Via	Horario	LUNES 29 M	T	N	MARTES 30 M	T	N	MIERCOLES 1 M	T	N	JUEVES 2 M	T	N	VIERNES 3 M	T	N	SABADO 4 M	T	N	DOMINGO 5 M	T	N
1	Levomepromazina	8 gotas	v/o	6pm.			X			X			X			X			X			X			X
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

	LUNES 29 M	T	N	MARTES 30 M	T	N	MIERCOLES 1 M	T	N	JUEVES 2 M	T	N	VIERNES 3 M	T	N	SABADO 4 M	T	N	DOMINGO 5 M	T	N
ENTREGA:	Patricia Parada			Yolanda Caballero			Yolanda Caballero			Yolanda Caballero			Yolanda Caballero			Gloria Rentería			Gloria Rentería		
RECIBE:	Patricia Parada			Patricia Parada			Patricia Parada			Patricia Parada			Patricia Parada			Nelly Rivas			Nelly Rivas		

FECHA REGISTRO

DESDE: 6 HASTA 12

	Medicamento	Dosis	Via	Horario	LUNES 6 M	T	N	MARTES 7 M	T	N	MIERCOLES 8 M	T	N	JUEVES 9 M	T	N	VIERNES 10 M	T	N	SABADO 11 M	T	N	DOMINGO 12 M	T	N
1	Levomepromazina	8 gotas	v/o.	6pm																					
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

	LUNES 6 M	T	N	MARTES 7 M	T	N	MIERCOLES 8 M	T	N	JUEVES 9 M	T	N	VIERNES 10 M	T	N	SABADO 11 M	T	N	DOMINGO 12 M	T	N
ENTREGA:																					
RECIBE:																					

Powered by CamScanner

FUNDACION

REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS

Código: OR-CBA-001
Versión: 1
Fecha: 01/09/2025

NOMBRE Y APELLIDO: Rosa amelia vivas

29 09 1. 524. 96 años.

FECHA REGISTRO — DESDE: 29/09/25 HASTA 5/10/25.

	Medicamento	Dosis	Via	Horario	LUNES 29 M	T	N	MARTES 30 M	T	N	MIERCOLES 1 M	T	N	JUEVES 2 M	T	N	VIERNES 3 M	T	N	SABADO 4 M	T	N	DOMINGO 5 M	T	N
1	acetaminofen	1 pastilla	v/o	9am	x			x			x			x			x			f			f		
2	amlodipino	1 pastilla	v/o.	4pm.		x			x			x			x			x			f			f	
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

	LUNES 29 M	T	N	MARTES 30 M	T	N	MIERCOLES 1 M	T	N	JUEVES 2 M	T	N	VIERNES 3 M	T	N	SABADO 4 M	T	N	DOMINGO 5 M	T	N
ENTREGA:	Yolanda	Pantoja		Yolanda	Pantoja		Yolanda	Pantoja		Yolanda	Pantoja		Yolanda	Pantoja		Kelly	Elsira		Kelly	Karla	
RECIBE:	Patricia	Paula		Patricia	Paula		Patricia	Paula		Patricia	Paula		Patricia	Paula		Elsira	Pantera		Karla	Rocio	

FECHA REGISTRO — DESDE: 6/10/25 HASTA 12/10/25.

	Medicamento	Dosis	Via	Horario	LUNES 6 M	T	N	MARTES 7 M	T	N	MIERCOLES 8 M	T	N	JUEVES 9 M	T	N	VIERNES 10 M	T	N	SABADO 11 M	T	N	DOMINGO 12 M	T	N
1	Acetaminofen	1 pastilla	v/o	9am	f																				
2	amlodipino.	1 pastilla	v/o	4pm.																					
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

	LUNES 6 M	T	N	MARTES 7 M	T	N	MIERCOLES 8 M	T	N	JUEVES 9 M	T	N	VIERNES 10 M	T	N	SABADO 11 M	T	N	DOMINGO 12 M	T	N
ENTREGA:																					
RECIBE:																					

Powered by CamScanner

FUNDACION

REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS

Código: OR-CBA-001
Versión: 1
Fecha: 01/09/2025

NOMBRE Y APELLIDO:
Yolanda Rentería
29 676.119.

FECHA REGISTRO — DESDE: 29/09/25 — HASTA 5/10/25.

					LUNES 29			MARTES 30			MIERCOLES 1			JUEVES 2			VIERNES 3			SABADO 4			DOMINGO 5		
	Medicamento	Dosis	Vía	Horario	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1	Levotirozina.	1pastilla	v/o	7am	x			x			x			x			x								
2	Losartan.	1pastilla	v/o	7am	x			x			x			x			x								
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

ENTREGA: Yolanda Rentería — RECIBE: Patricia Paredes

FECHA REGISTRO — DESDE: 6/10/25 — HASTA 12/10/25.

					LUNES 6			MARTES 7			MIERCOLES 8			JUEVES 9			VIERNES 10			SABADO 11			DOMINGO 12.		
	Medicamento	Dosis	Vía	Horario	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1	Levotirozina	1pastilla	v/o	7am	x																				
2	Losartan.	1pastilla	v/o	7am	x																				
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

ENTREGA:

RECIBE:

Powered by CamScanner

FUNDACION

REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS

Código: OR-CBA-001
Versión: 1
Fecha: 01/09/2025

NOMBRE Y APELLIDO: Maria Mercedes Marin Lopez
38 995 447.

FECHA REGISTRO — DESDE: 29 — HASTA: 5

	Medicamento	Dosis	Vía	Horario	LUNES M	LUNES T	LUNES N	MARTES M	MARTES T	MARTES N	MIERCOLES M	MIERCOLES T	MIERCOLES N	JUEVES M	JUEVES T	JUEVES N	VIERNES M	VIERNES T	VIERNES N	SABADO M	SABADO T	SABADO N	DOMINGO M	DOMINGO T	DOMINGO N
1	Omeprazol.	1 pastilla	v/o	7am.	x			x			x			x			x			x			x		
2	Empagliflozina	1 pastilla	v/o	7am.	x			x			x			x			x			x			x		
3	Sulfato Ferroso.	1 pastilla	v/o	9am	x			x			x			x			x			x			x		
4	acetaminofen.	1 pastilla	v/o	9am	x			x			x			x			x			x			x		
5	acido valproico.	1 pastilla	v/o	5pm.			x			x			x			x			x			x			x
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

ENTREGA:	Patricia Yolanda	Pamela adonay	Patricia Yolanda	Pamela adonay	Patricia Yolanda	Pamela adonay	Patricia Yolanda	Pamela adonay	Patricia Yolanda	Pamela adonay	Gloria Nelly	Karla Ruben	Maria Nelly	Karla Ruben
RECIBE:														

FECHA REGISTRO — DESDE: 6 — HASTA: 12

	Medicamento	Dosis	Vía	Horario	LUNES M	LUNES T	LUNES N	MARTES M	MARTES T	MARTES N	MIERCOLES M	MIERCOLES T	MIERCOLES N	JUEVES M	JUEVES T	JUEVES N	VIERNES M	VIERNES T	VIERNES N	SABADO M	SABADO T	SABADO N	DOMINGO M	DOMINGO T	DOMINGO N
1	Omeprazol	1 pastilla	v/o	7am	+																				
2	Empagliflozina	1 pastilla	v/o	7am	+																				
3	sulfato ferroso.	1 pastilla	v/o	9am	+																				
4	acetaminofen.	1 pastilla	v/o	9am	+																				
5	acido valproico.	1 pastilla	v/o	5pm.																					
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

ENTREGA:								
RECIBE:								

Powered by CamScanner

FUNDACION

REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS

Código: OR-CBA-001
Versión: 1
Fecha: 01/09/2025

NOMBRE Y APELLIDO:

Hana aurora arteaga.
31 879. 738. 65 años.

FECHA REGISTRO — DESDE: 29 — HASTA: 5

	Medicamento	Dosis	Vía	Horario	29 M	29 T	29 N	30 M	30 T	30 N	1 M	1 T	1 N	2 M	2 T	2 N	3 M	3 T	3 N	4 M	4 T	4 N	5 M	5 T	5 N
1	Carbidopa.	1 pastilla	v/o	5am, 11am 5pm, 11pm	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2	amantadina	1 pastilla	v/o	7am 7pm	x		x	+		x	+		x	+		x	+		+	+		+	+		+
3	Sodio	1 pastilla	v/o	8 am.	x			+			+			+			+			+			+		
4	trimetropin	1 pastilla.	v/o	8 am.	x			+			+			+			+			+			+		
5																									
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

	29	30	1	2	3	4	5
ENTREGA:	Patricia Valenzuela	Paola Asturizaga	Patricia Valenzuela	Paola Asturizaga	Patricia Valenzuela	Paola Asturizaga	Patricia Valenzuela	Paola Asturizaga	Gloria Nelly	Perla Rivero	Maria Nelly	Mercedes Rivero
RECIBE:												

FECHA REGISTRO — DESDE: 5 — HASTA: 12

	Medicamento	Dosis	Vía	Horario	5 M	5 T	5 N	6 M	6 T	6 N	7 M	7 T	7 N	8 M	8 T	8 N	9 M	9 T	9 N	10 M	10 T	10 N	11 M	11 T	11 N	12 M	12 T	12 N
1	Carbidopa	1 pastilla	v/o	5 am, 11pm 5pm 11pm	+	+																						
2	amantadina	1 pastilla	v/o	7am 7pm	+																							
3	Sodio	1 pastilla	v/o	8am	+																							
4	trimetropim	1 pastilla	v/o	8am	+																							
5																												
6																												
7																												

OBSERVACIONES:

	5	6	7	8	9	10	11	12
ENTREGA:								
RECIBE:								

Powered by CamScanner

FUNDACION

REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS

Código: OR-CBA-001
Versión: 1
Fecha: 01/09/2025

NOMBRE Y APELLIDO: María resurrección balazar. CC 296 773 43.

FECHA REGISTRO — DESDE: 29/09/25 HASTA 5/10/25.

					29			30.			1			2			3			4			5		
					LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	Medicamento	Dosis	Via	Horario	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1	Levotiroxina	1pastilla	v/o	7am	X			X			X			X			X			✝			✝		
2	Enalapril.	1pastilla	v/o.	7am 7pm.	X		X	X		X	X		X	X		X	X		X	✝		✝	✝		✝
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

ENTREGA:	Patricia Y david	Paruska admund	Patricia Y david	Paruska admund	Patricia Y david	Paruska admund	Patricia Y david	Paruska admund	Patricia Y david	Paruska admund	Gloria Nelly	Ponkeri Ruen	Maria Nely	Rosalo Ruen.
RECIBE:														

FECHA REGISTRO — DESDE: HASTA

					6			7			8			9			10			11			12		
					LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	Medicamento	Dosis	Via	Horario	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1	Levotiroxina	1pastlla	v/o	7am	✝																				
2	Enalapril.	1pastlla	v/o	7am 9pm	✝																				
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

ENTREGA:	Patricia Y david	Paruska admund	Patricia Y david	Paruska admund																					
RECIBE:																									

Powered by CamScanner

COMERCIALIZADORA FLORALIA SA
NIT.: 805021782-1
CR 4 NTE 72F 25 CALI
Tel: 4407066

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero : 8X735738
Fecha : 2025-OCT-09 03:03 PM

Autorizacion de Facturacion No 18764087898450 de ENE-28-2025
Numeracion Autorizada Del 8X1 Al 8X999999 Vigencia ENE-28-2027
Vigencia en Meses: 24
CIIU: 4711

NOMBRE DEL CLIENTE: FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO
NIT. : 0000000900196090-9 COD: 900196090
DIRECCION : TRANSV 2 3 51
CIUDAD : PALMIRA
TELEFONO : 6669098
FORMA DE PAGO : CONTADO DESCRIPCION PAGO : T.D. DATAF INTEGRAD
EMAIL CLIENTE : hogarcristoresucitado@gmail.com
VENDEDOR : 1106951965 HERNANDEZ ARDILA YENCY ALEJANDRA
MONEDA : PESOS

Reg.	CODIGO	DESCRIPCION	U.M	CANT.	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
001	059757	PERNIL CAMPO MERCAMIO MR*KILO	kg	4.780	6,980.00	0.00*	33,364.00
002	059757	PERNIL CAMPO MERCAMIO MR*KILO	kg	4.565	6,980.00	0.00*	31,864.00
003	008037	C/RES SOBACO*KILO	kg	3.065	21,980.00	0.00*	67,369.00
004	037508	C/RES HUESO PROMOCION*KILO	kg	3.885	1,980.00	0.00*	7,692.00
005	037508	C/RES HUESO PROMOCION*KILO	kg	1.415	1,980.00	0.00*	2,802.00
006	068530	HARINA AREPASAN*1000g MAIZ BLANCO	UND	1	2,890.00	5.00*	2,753.00
007	068530	HARINA AREPASAN*1000g MAIZ BLANCO	UND	1	2,890.00	5.00*	2,752.00
008	068530	HARINA AREPASAN*1000g MAIZ BLANCO	UND	1	2,890.00	5.00*	2,752.00
009	005598	TOMATE CHONTO*KILO	kg	3.680	2,140.00	0.00*	7,875.00
010	066370	ESPARCIBLE GUSTOSITA*450g DELI C/SAL	UND	1	6,990.00	19.00*	5,874.00
011	071528	RECOGEDOR MERCAMIO*und SOLARY RPTO C/BAN	UND	1	3,990.00	19.00*	3,353.00
012	076740	PANELA CAMPESINA*750g*8und REDONDA	UND	4	4,900.00	0.00*	19,600.00
013	065942	QUESO SELETTI*400g MOZARELLA TAJADO	UND	1	10,990.00	0.00*	10,990.00
014	065942	QUESO SELETTI*400g MOZARELLA TAJADO	UND	1	10,990.00	0.00*	10,990.00
015	068738	LECHE COLANTA*1000ml*6und ENTERA UHT BOL	UND	1	21,750.00	0.00*	21,750.00
	* P A S A *						

Total de Registros: 015 Total Cantidades: 33.370

Observaciones:

SUBTOTAL	231,780.00
DESCUENTO	1,181.00
IMPUESTOS	2,166.00
RETENCIONES	
TOTAL A PAGAR	232,765.00

Valor Letras :

[D E T A L L E D E I M P U E S T O S]

Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Tipo	Valor_Retencion
												RENTA	0.00
												IVA	0.00
												ICA	0.00
												OTROS	0.00

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora a la maxima tasa legal permitida
Se hace constar que la firma de una persona distinta al comprador, implica que dicha persona se entiende autorizada expresamente por el comprador para firmar, confesar la deuda y obligar al comprador.
Software SIESA 8.5, Fabricante del Software Sistemas de Informacion Empresarial S.A.S. NIT 890.319.193-3
Proveedor Tecnologico: Siesa E-Invoicing NIT 890.319.193-3.

Manifestamos que: ACEPTAMOS ESTA FACTURA EN LA FORMA Y TERMINOS DE LIBRAMIENTO. Ademas hemos recibido conforme y efectivamente el servicio prestado

Emisor

Recibo de la Factura

Fecha de certificacion: 2025-10-09T15:03:00.

Firma digital: ggky/eZ59riLplDYHKOmFf3Twr/NiyV9NNeplMJ1skx4NqJ2nCx2bcDWfkAH+89XGZbwrlrqr62WSWB9rwmq6Tzh7KG37VfzQ2HObOIsOlsOdRmUgpSA60sL1pu4XK0DfjSdqkkzG3/T9hH1868gZ4l0tgSnR2WT7sUdg
wmCT3fGkFwIpOx2o4Rb72pLDw+qX8ai7oXD4Ygxri/SPnFco9cddhw2pMT4/0hjILt+PdQp72Q7bTNhLhIBAFvOIr98AazQDnw8sPk46kz6ixAlh0+8ZjtiX7zJYdGsMr3z12ZApJXZf+Nm6c3lzoK7NAlEt0EExGS7TGVZLWc2Xnlygg==
Cufe:fabeea0a1c93a2b99935ce0352d25f1bf4841a288e8c97b148c79017d00281e7fb32913c79b31cf0d56c83be45bc4cae

COMERCIALIZADORA FLORALIA SA
NIT.: 805021782-1
CR 4 NTE 72F 25 CALI
Tel: 4407066

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero : 8X735738
Fecha : 2025-OCT-09 03:03 PM

Autorizacion de Facturacion No 18764087898450 de ENE-28-2025
Numeracion Autorizada Del 8X1 Al 8X999999 Vigencia ENE-28-2027
Vigencia en Meses: 24
CIIU: 4711

NOMBRE DEL CLIENTE: FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO
NIT. : 0000000900196090-9 COD: 900196090
DIRECCION : TRANSV 2 3 51
CIUDAD : PALMIRA
TELEFONO : 6669098
FORMA DE PAGO : CONTADO DESCRIPCION PAGO : T.D. DATAF INTEGRAD
EMAIL CLIENTE : hogarcristoresucitado@gmail.com
VENDEDOR : 1106951965 HERNANDEZ ARDILA YENCY ALEJANDRA
MONEDA : PESOS

Reg.	CODIGO	DESCRIPCION	U.M	CANT.	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
* V I E N E *							
016	068738	LECHE COLANTA*1000ml*6und ENTERA UHT BOL	UND	1	21,750.00	0.00*	21,750.00
017	055849	AGUACATE PAPELILLO VERDE*KILO	kg	1.760	10,870.00	0.00*	19,131.00
018	009555	ARVEJA VERDE*KILO	kg	1.125	11,000.00	0.00*	12,375.00
019	009552	HIERBAS*ATADO	UND	1	750.00	0.00*	750.00
020	009552	HIERBAS*ATADO	UND	1	750.00	0.00*	750.00
021	009552	HIERBAS*ATADO	UND	1	750.00	0.00*	750.00
022	009552	HIERBAS*ATADO	UND	1	750.00	0.00*	750.00
023	032659	CILANTRO*UND PAQUETE	UND	1	750.00	0.00*	750.00
024	032659	CILANTRO*UND PAQUETE	UND	1	750.00	0.00*	750.00
025	032659	CILANTRO*UND PAQUETE	UND	1	750.00	0.00*	750.00
026	032659	CILANTRO*UND PAQUETE	UND	1	750.00	0.00*	750.00
027	033760	MEZCLA DONA TORTA*500g VAINILLA	UND	1	12,300.00	19.00*	10,336.00
028	007469	CEBOLLA CABEZONA*KILO BLANCA SIN PELAR	kg	3.620	2,380.00	0.00*	8,616.00
029	010263	C/RES PAJARILLA*KILO	kg	1.005	12,980.00	0.00*	13,045.00
* P A S A *							

Total de Registros: 029 Total Cantidades: 50.870

Observaciones:	
	SUBTOTAL 91,253.00
	DESCUENTO 5,630.00
	IMPUESTOS 1,964.00
	RETENCIONES
	TOTAL A PAGAR 87,587.00

Valor Letras :

[D E T A L L E D E I M P U E S T O S]

Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Tipo	Valor_Retencion
												RENTA	0.00
												IVA	0.00
												ICA	0.00
												OTROS	0.00

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora a la maxima tasa legal permitida
Se hace constar que la firma de una persona distinta al comprador, implica que dicha persona se entiende autorizada expresamente por el comprador para firmar, confesar la deuda y obligar al comprador.
Software SIESA 8.5, Fabricante del Software Sistemas de Informacion Empresarial S.A.S. NIT 890.319.193-3
Proveedor Tecnologico: Siesa E-Invoicing NIT 890.319.193-3.

Manifestamos que: ACEPTAMOS ESTA FACTURA EN LA FORMA Y TERMINOS DE LIBRAMIENTO. Ademas hemos recibido conforme y efectivamente el servicio prestado

Emisor

Recibo de la Factura

Fecha de certificacion: 2025-10-09T15:03:00.

Firma digital: ggky/eZ59riLplDYHKOmFf3Twr/NiyV9NNeplMJ1skx4NqJ2nCx2bcDWfkAH+89XGZbwrlrqr62WSWB9rwmq6Tzh7KG37VfzQ2HObOIsOlsOdRmUgpSA60sL1pu4XK0DfjSdqkkzG3/T9hH1868gZ4l0tgSnR2WT7sUdg
wmCT3fGkFwIpOx2o4Rb72pLDw+qX8ai7oXD4Ygxri/SPnFco9cddhw2pMT4/0hjILt+PdQp72Q7bTNhLhIBAFvOIr98AazQDnw8sPk46kz6ixAlh0+8ZjtiX7zJYdGsMr3z12ZApJXZf+Nm6c3lzoK7NAlEt0EExGS7TGVZLWc2Xnlygg==
Cufe:fabeea0a1c93a2b99935ce0352d25f1bf4841a288e8c97b148c79017d00281e7fb32913c79b31cf0d56c83be45bc4cae

COMERCIALIZADORA FLORALIA SA
NIT.: 805021782-1
CR 4 NTE 72F 25 CALI
Tel: 4407066

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero : 8X735738
Fecha : 2025-OCT-09 03:03 PM

Autorizacion de Facturacion No 18764087898450 de ENE-28-2025
Numeracion Autorizada Del 8X1 Al 8X999999 Vigencia ENE-28-2027
Vigencia en Meses: 24
CIIU: 4711

NOMBRE DEL CLIENTE: FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO
NIT. : 0000000900196090-9 COD: 900196090
DIRECCION : TRANSV 2 3 51
CIUDAD : PALMIRA
TELEFONO : 6669098
FORMA DE PAGO : CONTADO DESCRIPCION PAGO : T.D. DATAF INTEGRAD
EMAIL CLIENTE : hogarcristoresucitado@gmail.com
VENDEDOR : 1106951965 HERNANDEZ ARDILA YENCY ALEJANDRA
MONEDA : PESOS

Reg.	CODIGO	DESCRIPCION	U.M	CANT.	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
	* V I E N E *						
030	005570	ZAPALLO/AHUYAMA COMUN*KILO	kg	3.545	2,950.00	0.00*	10,458.00
031	009558	AJO*KILO GRANEL	kg	.945	8,100.00	0.00*	7,655.00
032	006325	CEBOLLA LARGA LIMPIA*KILO	kg	3.190	7,120.00	0.00*	22,713.00
033	006371	PIMENTON*KILO	kg	1.675	5,200.00	0.00*	8,710.00
034	006334	HABICHUELA*KILO	kg	1.315	3,450.00	0.00*	4,537.00
035	012047	ZANAHORIA*KILO	kg	4.090	6,140.00	0.00*	25,113.00
036	073609	GALLETA SALTITACOS*500g 5 TACOS	UND	1	5,990.00	19.00*	5,034.00

Total de Registros: 036 Total Cantidades: 66.610

Observaciones:

SUBTOTAL	407,253.00
DESCUENTO	18,690.00
IMPUESTOS	5,086.00
RETENCIONES	0.00
TOTAL A PAGAR	393,649.00

Valor Letras : TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS MCTE.

[D E T A L L E D E I M P U E S T O S]

Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Tipo	Valor_Retencion
EXCLUIDO		355,709	0	IVA	5	8,257	413	IVA	19	24,597	4,673	RENTA	0.00
												IVA	0.00
												ICA	0.00
												OTROS	0.00

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora a la maxima tasa legal permitida
Se hace constar que la firma de una persona distinta al comprador, implica que dicha persona se entiende autorizada expresamente por el comprador para firmar, confesar la deuda y obligar al comprador.
Software SIESA 8.5, Fabricante del Software Sistemas de Informacion Empresarial S.A.S. NIT 890.319.193-3
Proveedor Tecnologico: Siesa E-Invoicing NIT 890.319.193-3.

Manifestamos que: ACEPTAMOS ESTA FACTURA EN LA FORMA Y TERMINOS DE LIBRAMIENTO. Ademas hemos recibido conforme y efectivamente el servicio prestado

Emisor

Recibo de la Factura

Fecha de certificacion: 2025-10-09T15:03:00.

Firma digital: ggky/eZ59riLplDYHKOmFf3Twr/NiyV9NNeplMJ1skx4NqJ2nCx2bcDWfkAH+89XGZbwrlrqr62WSWB9rwmq6Tzh7KG37VfzQ2HObOIsOlsOdRmUgpSA60sL1pu4XK0DfjSdqkkzG3/T9hH1868gZ4l0tgSnR2WT7sUdg
wmCT3fGkFwIpOx2o4Rb72pLDw+qX8ai7oXD4Ygxri/SPnFco9cddhw2pMT4/0hjILt+PdQp72Q7bTNhLhIBAFvOIr98AazQDnw8sPk46kz6ixAlh0+8ZjtiX7zJYdGsMr3z12ZApJXZf+Nm6c3lzoK7NAlEt0EExGS7TGVZLWc2Xnlygg==
Cufe:fabeea0a1c93a2b99935ce0352d25f1bf4841a288e8c97b148c79017d00281e7fb32913c79b31cf0d56c83be45bc4cae

COMERCIALIZADORA FLORALIA SA
NIT.: 805021782-1
CR 4 NTE 72F 25 CALI
Tel: 4407066

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero : 8X695066
Fecha : 2025-SEP-26 02:25 PM
Pagina : 01 de 04

Autorizacion de Facturacion No 18764087898450 de ENE-28-2025
Numeracion Autorizada Del 8X1 Al 8X999999 Vigencia ENE-28-2027
Vigencia en Meses: 24
CIIU: 4711

NOMBRE DEL CLIENTE: FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO
NIT. : 0000000900196090-9 COD: 900196090
DIRECCION : TRANSV 2 3 51
CIUDAD : PALMIRA
TELEFONO : 6669098
FORMA DE PAGO : CONTADO DESCRIPCION PAGO : T.D. DATAF INTEGRAD
EMAIL CLIENTE : hogarcristoresucitado@gmail.com
VENDEDOR : 39576164 PEREZ CASTILLO MARIA DEL PILAR
MONEDA : PESOS

Reg.	CODIGO	DESCRIPCION	U.M	CANT.	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
001	043540	JAB MERCAMIO*500ml ANTIB/AVENA	UND	3	3,550.00	19.00*	8,949.00
002	068958	SERV ELITE*200und ULTRA SUAVE DOBLADA	UND	1	5,850.00	19.00*	4,915.00
003	068530	HARINA AREPASAN*1000g MAIZ BLANCO	UND	1	1,990.00	5.00*	1,896.00
004	068530	HARINA AREPASAN*1000g MAIZ BLANCO	UND	1	1,990.00	5.00*	1,896.00
005	068530	HARINA AREPASAN*1000g MAIZ BLANCO	UND	1	1,990.00	5.00*	1,895.00
006	068530	HARINA AREPASAN*1000g MAIZ BLANCO	UND	1	1,990.00	5.00*	1,895.00
007	005585	PLATANO COMUN*KILO	kg	2.580	2,780.00	0.00*	7,172.00
008	055849	AGUACATE PAPELILLO VERDE*KILO	kg	2.105	9,760.00	0.00*	20,545.00
009	006371	PIMENTON*KILO	kg	1.895	4,800.00	0.00*	9,096.00
010	009552	HIERBAS*ATADO	UND	7	750.00	0.00*	5,250.00
011	032659	CILANTRO*UND PAQUETE	UND	4	750.00	0.00*	3,000.00
012	059757	PERNIL CAMPO MERCAMIO MR*KILO	kg	5.150	6,200.00	0.00*	31,930.00
013	059757	PERNIL CAMPO MERCAMIO MR*KILO	kg	4.515	6,200.00	0.00*	27,993.00
014	032301	PLATANO MADURO *KILO	kg	3.185	2,380.00	0.00*	7,580.00
015	005570	ZAPALLO/AHUYAMA COMUN*KILO	kg	3.720	2,700.00	0.00*	10,044.00
	* P A S A *						

Total de Registros: 015 Total Cantidades: 42.130

Observaciones:

SUBTOTAL	144,056.00
DESCUENTO	0.00
IMPUESTOS	3,014.00
RETENCIONES	
TOTAL A PAGAR	147,070.00

Valor Letras :

[D E T A L L E D E I M P U E S T O S]

Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Tipo	Valor_Retencion
												RENTA	0.00
												IVA	0.00
												ICA	0.00
												OTROS	0.00

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora a la maxima tasa legal permitida
Se hace constar que la firma de una persona distinta al comprador, implica que dicha persona se entiende autorizada expresamente por el comprador para firmar, confesar la deuda y obligar al comprador.
Software SIESA 8.5, Fabricante del Software Sistemas de Informacion Empresarial S.A.S. NIT 890.319.193-3
Proveedor Tecnologico: Siesa E-Invoicing NIT 890.319.193-3.

Manifestamos que: ACEPTAMOS ESTA FACTURA EN LA FORMA Y TERMINOS DE LIBRAMIENTO. Ademas hemos recibido conforme y efectivamente el servicio prestado

Emisor

Recibo de la Factura

Fecha de certificacion: 2025-09-26T14:24:00.

Firma digital: KceEuxNLSW5qEyEyRZvtFYVLVnx7x04OVJlO4t4W3xyNzThNsvw/2KG2jOlm/QSMjkLMbQ22rNYf2cWX/P/wUZ/i80vpAlGLrJEMuMUmRdY321q2uLkGbwqIt2UWxtzZlZeIpTvVHwB7QbxdgVJIa+SArkwnwAINZCHTs
bjtokz9irNAw6YCcMjSG+VYxuBROLFmi4jRfqksDDj0RYJTlcUxyakTRE73frzlZh2TUBvYJzbXDaAyXzJkak2SjCAk9QWVvv4RWCSni03/3rW+zIytwPjv1wt/EoWct1+oRTYD5fl7jip/XYGQTVZPDy0aUfUsQYrGpIpVxzbrblI2nw==
Cufe:fc65365d13f55fa07226cefa93353888740d9a07850a934defb99d6f11e2e3534b7a5913f846b9256251a85bad066ef6

COMERCIALIZADORA FLORALIA SA
NIT.: 805021782-1
CR 4 NTE 72F 25 CALI
Tel: 4407066

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero : 8X695066
Fecha : 2025-SEP-26 02:25 PM

Autorizacion de Facturacion No 18764087898450 de ENE-28-2025
Numeracion Autorizada Del 8X1 Al 8X999999 Vigencia ENE-28-2027
Vigencia en Meses: 24
CIIU: 4711

NOMBRE DEL CLIENTE: FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO
NIT. : 000000900196090-9 COD: 900196090
DIRECCION : TRANSV 2 3 51
CIUDAD : PALMIRA
TELEFONO : 6669098
FORMA DE PAGO : CONTADO DESCRIPCION PAGO : T.D. DATAF INTEGRAD
EMAIL CLIENTE : hogarcristoresucitado@gmail.com
VENDEDOR : 39576164 PEREZ CASTILLO MARIA DEL PILAR
MONEDA : PESOS

Reg.	CODIGO	DESCRIPCION	U.M	CANT.	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
* V I E N E *							
016	000957	ALIM VITA AVE*250g GIRASOL	UND	1	4,600.00	19.00*	3,866.00
017	000957	ALIM VITA AVE*250g GIRASOL	UND	1	4,600.00	19.00*	3,866.00
018	054838	PASTA ZONIA*250g CABELLO DE ANGEL	UND	1	900.00	5.00*	857.00
019	054838	PASTA ZONIA*250g CABELLO DE ANGEL	UND	1	900.00	5.00*	857.00
020	054840	PASTA ZONIA*250g CONCHITA	UND	1	900.00	5.00*	857.00
021	054840	PASTA ZONIA*250g CONCHITA	UND	1	900.00	5.00*	857.00
022	009555	ARVEJA VERDE*KILO	kg	.965	13,980.00	0.00*	13,491.00
023	006334	HABICHUELA*KILO	kg	1.195	4,920.00	0.00*	5,879.00
024	005253	LAVALOZA TRAS*400g LIMON RPTO	UND	1	3,990.00	19.00*	3,353.00
025	005253	LAVALOZA TRAS*400g LIMON RPTO	UND	1	3,990.00	19.00*	3,353.00
026	072519	GUANTE NITRILO SOFIESKIN TALLA L	UND	1	5,990.00	19.00*	5,034.00
027	072518	GUANTE NITRILO SOFIESKIN TALLA M	UND	1	5,990.00	19.00*	5,034.00
028	076740	PANELA CAMPESINA*750g*8und REDONDA	UND	3	4,900.00	0.00*	14,700.00
029	037508	C/RES HUESO PROMOCION*KILO	kg	4.175	1,980.00	0.00*	8,267.00
* P A S A *							

Total de Registros: 029 Total Cantidades: 61.450

Observaciones:	
	SUBTOTAL 70,271.00
	DESCUENTO 0.00
	IMPUESTOS 4,826.00
	RETENCIONES
	TOTAL A PAGAR 75,097.00

Valor Letras :

[D E T A L L E D E I M P U E S T O S]

Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Tipo	Valor_Retencion
												RENTA	0.00
												IVA	0.00
												ICA	0.00
												OTROS	0.00

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora a la maxima tasa legal permitida
Se hace constar que la firma de una persona distinta al comprador, implica que dicha persona se entiende autorizada expresamente por el comprador para firmar, confesar la deuda y obligar al comprador.
Software SIESA 8.5, Fabricante del Software Sistemas de Informacion Empresarial S.A.S. NIT 890.319.193-3
Proveedor Tecnologico: Siesa E-Invoicing NIT 890.319.193-3.

Manifestamos que: ACEPTAMOS ESTA FACTURA EN LA FORMA Y TERMINOS DE LIBRAMIENTO. Ademas hemos recibido conforme y efectivamente el servicio prestado

Emisor

Recibo de la Factura

Fecha de certificacion: 2025-09-26T14:24:00.

Firma digital: KceEuxNLSW5qEyEyRZvtFYVLVnx7x04OVJlO4t4W3xyNzThNsvw/2KG2jOlm/QSMjkLMbQ22rNYf2cWX/P/wUZ/i80vpAlGLrJEMuMUmRdY321q2uLkGbwqIt2UWxtzZlZeIpTvVHwB7QbxdgVJIa+SArkwnwAINZCHTs
bjtokz9irNAw6YCcMjSG+VYxuBROLFmi4jRfqksDDj0RYJTlcUxyakTRE73frzlZh2TUBvYJzbXDaAyXzJkak2SjCAk9QWVvv4RWCSni03/3rW+zIytwPjv1wt/EoWct1+oRTYD5fl7jip/XYGQTVZPDy0aUfUsQYrGpIpVxzbrblI2nw==
Cufe:fc65365d13f55fa07226cefa93353888740d9a07850a934defb99d6f11e2e3534b7a5913f846b9256251a85bad066ef6

COMERCIALIZADORA FLORALIA SA
NIT.: 805021782-1
CR 4 NTE 72F 25 CALI
Tel: 4407066

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero : 8X695066
Fecha : 2025-SEP-26 02:25 PM

Autorizacion de Facturacion No 18764087898450 de ENE-28-2025
Numeracion Autorizada Del 8X1 Al 8X999999 Vigencia ENE-28-2027
Vigencia en Meses: 24
CIIU: 4711

NOMBRE DEL CLIENTE: FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO
NIT. : 0000000900196090-9 COD: 900196090
DIRECCION : TRANSV 2 3 51
CIUDAD : PALMIRA
TELEFONO : 6669098
FORMA DE PAGO : CONTADO DESCRIPCION PAGO : T.D. DATAF INTEGRAD
EMAIL CLIENTE : hogarcristoresucitado@gmail.com
VENDEDOR : 39576164 PEREZ CASTILLO MARIA DEL PILAR
MONEDA : PESOS

Reg.	CODIGO	DESCRIPCION	U.M	CANT.	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
* V I E N E *							
030	005815	C/RES MOLIDA NORMAL*KILO	kg	4.160	11,980.00	0.00*	49,837.00
031	012047	ZANAHORIA*KILO	kg	3.780	5,680.00	0.00*	21,470.00
032	069711	ESPONJA FANZ*und ESPIRAL DE ACERO	UND	1	990.00	19.00*	832.00
033	069711	ESPONJA FANZ*und ESPIRAL DE ACERO	UND	1	990.00	19.00*	832.00
034	069711	ESPONJA FANZ*und ESPIRAL DE ACERO	UND	1	990.00	19.00*	832.00
035	005844	C/RES PECHO*KILO	kg	3.045	22,980.00	0.00*	69,974.00
036	006327	CEBOLLA LARGA SUCIA*KILO	kg	3.185	5,820.00	0.00*	18,537.00
037	006294	ARRACACHA*KILO	kg	3.515	3,900.00	0.00*	13,709.00
038	009558	AJO*KILO GRANEL	kg	.695	8,100.00	0.00*	5,630.00
039	048365	DET ARIEL*4000g TRIPLE PODER	UND	1	29,990.00	19.00*	25,202.00
040	048365	DET ARIEL*4000g TRIPLE PODER	UND	1	29,990.00	19.00*	25,202.00
041	050812	PAPA SIN LAVAR*KILO TIPO ASADERO	kg	6.120	780.00	0.00*	4,774.00
042	050812	PAPA SIN LAVAR*KILO TIPO ASADERO	kg	4.680	780.00	0.00*	3,650.00
043	050812	PAPA SIN LAVAR*KILO TIPO ASADERO	kg	6.580	780.00	0.00*	5,132.00
* P A S A *							

Total de Registros: 043 Total Cantidades: 102.190

Observaciones:	
	SUBTOTAL 245,613.00
	DESCUENTO 750.00
	IMPUESTOS 9,909.00
	RETENCIONES
	TOTAL A PAGAR 254,772.00

Valor Letras :

[D E T A L L E D E I M P U E S T O S]

Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Tipo	Valor_Retencion
												RENTA	0.00
												IVA	0.00
												ICA	0.00
												OTROS	0.00

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora a la maxima tasa legal permitida
Se hace constar que la firma de una persona distinta al comprador, implica que dicha persona se entiende autorizada expresamente por el comprador para firmar, confesar la deuda y obligar al comprador.
Software SIESA 8.5, Fabricante del Software Sistemas de Informacion Empresarial S.A.S. NIT 890.319.193-3
Proveedor Tecnologico: Siesa E-Invoicing NIT 890.319.193-3.

Manifestamos que: ACEPTAMOS ESTA FACTURA EN LA FORMA Y TERMINOS DE LIBRAMIENTO. Ademas hemos recibido conforme y efectivamente el servicio prestado

Emisor

Recibo de la Factura

Fecha de certificacion: 2025-09-26T14:24:00.

Firma digital: KceEuxNLSW5qEyEyRZvtFYVLVnx7x04OVJlO4t4W3xyNzThNsvw/2KG2jOlm/QSMjkLMbQ22rNYf2cWX/P/wUZ/i80vpAlGLrJEMuMUmRdY321q2uLkGbwqIt2UWxtzZlZeIpTvVHwB7QbxdgVJIa+SArkwnwAINZCHTs
bjtokz9irNAw6YCcMjSG+VYxuBROLFmi4jRfqksDDj0RYJTlcUxyakTRE73frzlZh2TUBvYJzbXDaAyXzJkak2SjCAk9QWVvv4RWCSni03/3rW+zIytwPjv1wt/EoWct1+oRTYD5fl7jip/XYGQTVZPDy0aUfUsQYrGpIpVxzbrblI2nw==
Cufe:fc65365d13f55fa07226cefa93353888740d9a07850a934defb99d6f11e2e3534b7a5913f846b9256251a85bad066ef6

Autorizacion de Facturacion No 18764087898450 de ENE-28-2025
Numeracion Autorizada Del 8X1 Al 8X999999 Vigencia ENE-28-2027
Vigencia en Meses: 24
CIIU: 4711

NOMBRE DEL CLIENTE: FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO
NIT. : 0000000900196090-9 COD: 900196090
DIRECCION : TRANSV 2 3 51
CIUDAD : PALMIRA
TELEFONO : 6669098
FORMA DE PAGO : CONTADO DESCRIPCION PAGO : T.D. DATAF INTEGRAD
EMAIL CLIENTE : hogarcristoresucitado@gmail.com
VENDEDOR : 39576164 PEREZ CASTILLO MARIA DEL PILAR
MONEDA : PESOS

Reg.	CODIGO	DESCRIPCION	U.M	CANT.	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
* V I E N E *							
044	050812	PAPA SIN LAVAR*KILO TIPO ASADERO	kg	4.560	780.00	0.00*	3,557.00

Total de Registros: 044 Total Cantidades: 106.750

Observaciones:	
	SUBTOTAL 463,497.00
	DESCUENTO 750.00
	IMPUESTOS 17,749.00
	RETENCIONES 0.00
	TOTAL A PAGAR 480,496.00

Valor Letras : CUATROCIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS MCTE.

[D E T A L L E D E I M P U E S T O S]

Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Tipo	Valor_Retencion
EXCLUIDO		361,217	0	IVA	5	11,010	550	IVA	19	90,520	17,199	RENTA	0.00
												IVA	0.00
												ICA	0.00
												OTROS	0.00

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora a la maxima tasa legal permitida
Se hace constar que la firma de una persona distinta al comprador, implica que dicha persona se entiende autorizada expresamente por el comprador para firmar, confesar la deuda y obligar al comprador.
Software SIESA 8.5, Fabricante del Software Sistemas de Informacion Empresarial S.A.S. NIT 890.319.193-3
Proveedor Tecnologico: Siesa E-Invoicing NIT 890.319.193-3.

Manifestamos que: ACEPTAMOS ESTA FACTURA EN LA FORMA Y TERMINOS DE LIBRAMIENTO. Ademas hemos recibido conforme y efectivamente el servicio prestado

Emisor

Recibo de la Factura

Fecha de certificacion: 2025-09-26T14:24:00.

Firma digital: KceEuxNLSW5qEyEyRZvtFYVLVnx7x04OVJlO4t4W3xyNzThNsvw/2KG2jOlm/QSMjkLMbQ22rNYf2cWX/P/wUZ/i80vpAlGLrJEMuMUmRdY321q2uLkGbwqIt2UWxtzZlZeIpTvVHwB7QbxdgVJIa+SArkwnwAINZCHTs
bjtokz9irNAw6YCcMjSG+VYxuBROLFmi4jRfqksDDj0RYJTlcUxyakTRE73frzlZh2TUBvYJzbXDaAyXzJkak2SjCAk9QWVvv4RWCSni03/3rW+zIytwPjv1wt/EoWct1+oRTYD5fl7jip/XYGQTVZPDy0aUfUsQYrGpIpVxzbrblI2nw==
Cufe:fc65365d13f55fa07226cefa93353888740d9a07850a934defb99d6f11e2e3534b7a5913f846b9256251a85bad066ef6

COMERCIALIZADORA FLORALIA SA
NIT.: 805021782-1
CR 4 NTE 72F 25 CALI
Tel: 4407066

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero : 8X735745
Fecha : 2025-OCT-09 03:12 PM
Pagina : 01 de 01

Autorizacion de Facturacion No 18764087898450 de ENE-28-2025
Numeracion Autorizada Del 8X1 Al 8X999999 Vigencia ENE-28-2027
Vigencia en Meses: 24
CIIU: 4711

NOMBRE DEL CLIENTE: FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO
NIT. : 0000000900196090-9 COD: 900196090
DIRECCION : TRANSV 2 3 51
CIUDAD : PALMIRA
TELEFONO : 6669098
FORMA DE PAGO : CONTADO DESCRIPCION PAGO : T.D. DATAF INTEGRAD
EMAIL CLIENTE : hogarcristoresucitado@gmail.com
VENDEDOR : 1106951965 HERNANDEZ ARDILA YENCY ALEJANDRA
MONEDA : PESOS

Reg.	CODIGO	DESCRIPCION	U.M	CANT.	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
001	047060	BLANQ MERCAMIO*3800ml DESINFECTAN	UND	1	7,800.00	19.00*	6,555.00

Total de Registros: 001 Total Cantidades: 1.000

Observaciones:	
	SUBTOTAL 6,555.00
	DESCUENTO 0.00
	IMPUESTOS 1,245.00
	RETENCIONES 0.00
	TOTAL A PAGAR 7,800.00

Valor Letras : SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE.

[D E T A L L E D E I M P U E S T O S]

Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impto.	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Tipo	Valor_Retencion
IVA	19	6,555	1,245									RENTA	0.00
												IVA	0.00
												ICA	0.00
												OTROS	0.00

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora a la maxima tasa legal permitida
Se hace constar que la firma de una persona distinta al comprador, implica que dicha persona se entiende autorizada expresamente por el comprador para firmar, confesar la deuda y obligar al comprador.
Software SIESA 8.5, Fabricante del Software Sistemas de Informacion Empresarial S.A.S. NIT 890.319.193-3
Proveedor Tecnologico: Siesa E-Invoicing NIT 890.319.193-3.

Manifestamos que: ACEPTAMOS ESTA FACTURA EN LA FORMA Y TERMINOS DE LIBRAMIENTO. Ademas hemos recibido conforme y efectivamente el servicio prestado

Emisor

Recibo de la Factura

Fecha de certificacion: 2025-10-09T15:12:00.

Firma digital: FkTjHIZ24ntUCENDQzXhY5QoVBZbTz00xSDFBeSgwu5TJgAQpXQQvTedauxF9B9vI4EPAmcUqhzIS8uF0wbN01gdsbmpmjjRhPxhYwur5YYcgPDTq1VglaFGicVDmjWtRPfjsm2zbp9QmtdepWyGf7qesac7DjIbo3se6
xGEcZddYk2F/0yU3JsUaAW6Ewj/Dq16K5K+Z34oIeF2XPD+YoHqT7cR06H78rYIcyuUeWgbxFRJSvuJrFY/3p01tHTYyKwQyMNtdYlnFP+53Gzt5KHjUbK1De0PgczrTUn+JnaCCim1sQ+apXYEV3mkVhm/GeNPezNjdy/uOjO72M60xA==
Cufe:ae4ab1cfa54f31eb300afc1dc51d2d02f3aa6f61ab4de68312116d2b981ed334f6fd55d223fb217613e7a05849ad4989

FUNDACION ARQUIDIOCESANA BANCO DE ALIMENTOS
NIT.: 805025018-0
CL 24 6 103
CALI
Tel: 8812066 Fax: 8812068

BONO DE DONACION

Numero: RM- 169386
Fecha : 2025-OCT-09
Pagina:

Cliente : FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO
Contacto : NELLY ROJAS
Nit o C.C.: 900196090
Direccion : TRANSVERSAL 2A 3 51 LA DOLORES
Ciudad : CALI
Telefono : 2877202
Fax :

Queremos agradecerle por su aporte solidario de $159,346 Donacion que nos permitira seguir desarrollando nuestro objeto social es incrementar la atencion de un mayor numero de personas en inseguridad alimentaria Usted es muy importante para nosotros, porque juntos aportamos mas a nuestra tarea. Continuemos afianzando lazos en nuestra mision conjunta.

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA CORRIENTE No. 001-13577-1 BANCO DE OCCIDENTE A NOMBRE DE
FUNDACION ARQUIDIOCESANA BANCO DE ALIMENTOS CALI NIT 805.025.018-0

EL BENEFICIO QUE USTED RECIBE DEL BANCO DE ALIMENTOS ES : $1,434,114

Recibido

DOSPrinter 3.6 DEMO

DROGUERÍAS Cruz Verde

DOMICILIOS 24 HORAS
TEL: 4865000 BOGOTA
018000 910 5455

DROGUERIAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE SAS
NIT 800.149.695-1
RESPONSABLE DE IVA
SOMOS AUTORRETENEDORES DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA
SEGÚN RESOLUCIÓN No. 2824 DEL 26 DE MARZO DE 2024
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN
RESOLUCION 012220 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2022

Resolución DIAN No.18764090581332 ago 06 de 2020
Fecha inicio: 17-03-2025 Fecha Fin:17-03-2027
Rango inicial: CVF5 Rango Final: CVF5 5000000

Carrera 12 N 96-32 Bogota
PBX: 4924860
Agente Retenedores de IVA e ICA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FACTURA Nro.	CVF53881349
SECUENCIA	3881349
NRO. TICKET	20253881349
FECHA Y HORA	22-09-2025 14:18:49-05:00
CAJERO	15869
CIUDAD	CALI
CAJA Nro.	15869
CLIENTE	HOGAR RESUCITADO
IDENTIFICACIÓN	900196090
CONVENIO	
PLAN	
DIRECCIÓN	Carrera 7n Bis #66-4, Cali, Valle del Cauca,
TELÉFONO	
CELULAR	3108368503

DETALLE DE VENTA

DESCRIPCIÓN	CANT		VALOR
Botiquin Rojo Paquete X 1 Nexcare	1	0%	58.900,00
*** Descuento Aplicado			0,00
DESPACHO	1	IVA 19%	3.500,00

*El/los precios de los productos indicados en la factura ya incluyen el valor del ahorro

TOTAL	-0,00
TOTAL SIN	61.841,00
REDONDEO	0,00
TOTAL	**62.400,00**

DETALLE DE IMPUESTO

DETALLE	V/R	BASE/IMP	IMP
IVA 19%	3500	2941	559
0%	58900	58900	0

DETALLE DE PAGOS

FORMA	BANCO	NRO	VALOR
Crédito			62400

CUFE:
b7da49b469ff5001e7c783a4d562e31cb4eb5aaf8fb0172a742
d96d1c199d1fd2438f7f94f94913345eb3006ac216c69

Paperless
900.749.874-0
eInvoice Colombia

DOLLARCITY

3006 - DOLLARCITY SANTA MONICA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N: F0521103409
FECHA: 2025-09-24 17:08:54
DOC. IDENTIDAD: 900196090
CLIENTE (A): FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO

ÍTEM	CÓDIGO / CANT / IVA	DESCRIPCIÓN / UN.MED / % IVA	VR UNI / INC	VR BASE	DESCUENTO / VR TOTAL
1	667888346363	TABLAS PARA PICAR C/ANTIDESLIZ			
	1	UND	16.000,00	13.445,38	
	2.554,62	19			16.000,00
2	667888366835	TABLA PLASTICA PARA PICAR CON			
	1	UND	18.000,00	15.126,05	
	2.873,95	19			18.000,00

TOTAL ARTICULOS: 2

[TOTALES DE FACTURA]

SUBTOTAL:	28.571,43
DESCUENTO:	0,00
BASE/IMP:	28.571,43
IVA:	5.428,57
IMPUESTO A LA BOLSA:	0,00
TOTAL:	**34.000,00**

[FORMAS DE PAGO]

FORMAS DE PAGO:	CONTADO
MEDIOS DE PAGO:	TARJETA
TARJETA:	34.000,00

[DISCRIMINACIÓN DE IMPUESTOS]

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA 19%:	28.571,43	5.428,57
EXCLUIDOS:	0,00	-
INC BOLSAS:	0,00	0,00

Suramerica Comercial S.A.S NIT 900.943.243 - 4
GRAN CONTRIBUYENTE - RESPONSABLES DE IVA
AGENTE RETENEDOR DE IVA
RESOLUCIÓN DIAN 200 DEL 27/12/2024

RESOLUCIÓN DIAN # 18764072131551 del
2024-06-03 Rang. Aut F052 desde
la 1000001 al 2000000
vigencia hasta 2026-06-03

SAP-POS SYSTEM V10.3 OSP13Build12642021-1-25
Manufacturado por: SAP-143454214

CUFE: fc93fbb24dbb627fd4a2dda9f39d3ed1ea0e294db7e0ebea5457368425171ea1e7508bcf04876413121d0481af883de6

Fecha y Hora Validación DIAN: 2025/09/24 17:08:58

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

GORROS MAGICOS S.A.S.
Nit 901.641.292-2
AV 4 NORTE 23A 26
Cali - Tel. (602) 3137183866
gorrosmagicos22@gmail.com

Factura Electrónica FE Norte
No. FE 17177

Fecha	2025-09-24
Vendedor	TANIA ISABELA NUÑEZ
Cliente	FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO
Nit / C.C.	900.196.090-9
Dirección	TRASV 2 3 51 LA DOLORES

Descripción	Cant.	Vr. Total	Impto. Cargo	Valor Impto.Cargo
UNIFORME SEUL GRIS L	2.00	290,000.00	19 %	46,302.52
UNIFORME SEUL GRIS M	1.00	145,000.00	19 %	23,151.26
BOLSA DE TELA	1.00	1,000.00	19 %	159.66
	IVA 19%			69,613.44
Total				**436,000.00**

Resumen Impuestos

Tarifa	Vr. Base	Valor
19.00%	366,386.56	69,613.44

Forma de Pago

Transferencia Débito - BANCOLOMBIA TRANSFER	436,000.00

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764091209776 aprobado en 20250329 prefijo FE desde el número 10001 al 30000 Vigencia: 24 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 1410 Confección de prendas de vestir, excepto prendas de piel Tarifa 7,7/1000

CUFE: 5477e1f9885d3b6635c4cd1ba52cc121e27701efd8fb143a1b60afb8f8a687c72fa16b641e2fb1a3b3838424f7aec88f

Ver politica de cambios y garantías en nuestra pagina web www.gorrosmagicos.com

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



MIGAN CAPITAL NIT:900872767
LA MONTANA AGROMERCADOS
Avenida 6a # 30-47
TEL 310-832-32-32
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES IND Y CIO CALI
RES. 4131.040.21.1.1375 DICI. 27 2024.
SOMOS AGENTES DE RETENCION DE IVA
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES DIAN
RESOLUCION 200 del 27/12/2024

REIMPRESION
TPV   : TPV12716
Fecha   : 2025/9/22 Hora: 20:54:53
Cajero   : VELASCO CERTUCHE MARIA FERNAN
Fecha   : 2025/9/22 Hora: 20:54:53
Fecha Generacion: 2025/09/22 Hora:20:53:
Fecha Expedicion: 2025/09/22 Hora:20:54:
Fecha Expedicion:
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:
16SX61670
Vendedor : 0719 VELASCO CERTUCHE MARIA F
Condicion de Pago:Contado
Medio De Pago:48-Tarjeta Crédito
Cliente : FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCI
Nit/C.C. : 900196090
Direccion : TRANSVERSAL 2 54 31
Telefono : 3175143251

Ref.	Descripcion de Item	Cant.	U.M	V/r Uni.	Total
0000537	BOLSA PLASTICA*UND	1.000	UND	150	150*
0003424	ALCOHOL JGB *350ml	1.000	UND	5600	5600
0003965	GUANTE ETERNA CLASICO COCINA TAL	2.000	UND	4900	9800*
0022708	GUANTE ETERNA FLEX 9 ANTID.	2.000	UND	8200	16400*
0023004	GUANTE ETERNA BANO CLASICO TALLA	2.000	UND	4600	9200*

T O T A L $41,150
Total de Articulos.... 8

---------[DETALLE DE VALORES]---------
Vta Gravada (*)..... 29,815 +
Vta Excluida ..... 5,600 +
IMPUESTOS..... 5,735 +

-------[INFORMACION TRIBUTARIA]-------

Descripcion	Vlr_Base	Vlr_Impto.
IVA DEL 19%	29,815	5,665
IMPUESTO BOLSA	67	70
48-Tarjeta Crédito		$41,150

AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN
No. 18764094369250
Numeracion: AUTORIZADA
Rango desde :16SX16SX44260 hasta 16SX16S
Vigencia: desde 2025/06/13
          hasta 2026/06/13 - 12 MESES
GRANDES CONTRIBUYENTES
   RESOL. 000200 DE 2024/12/27

GRACIAS POR SU COMPRA
CORREO INFO@LAMONTANA.CO

La Montaña Agromercados

Factura generada por software de
SISTEMAS DE INFORMACIÓN EMPRESARIAL S A
NIT: 890.319.193-3
Software Siesa POS
9da5edaf4c7b03c0f4326382af0ed7aa8abf466c
c5f029b07949d543ba635c26d5f8af2626fde5c9
87780196b60f776c

FIRMA DIGITAL:
cK9CvxOOsLizQb8bGhcfFFF1fhMiGRWKhbanLB8v
5n6L527GZtBm3hdNSK/AenUCKMJ0L1YOpiMgOQrp
7LZJxwnnyU8GLbsG9Pu73I3iWmhsgBwI2pYoy017
86meZ+q6nhXckDc2YiH6IcWLkzUyT+EZ3P0dwQdT
yIB+a46fec4iMrPrjMhdfZbT9PgCc2uH55Fw3YYim
Gxf8d8j3EmXB7v0oVUXpEEYDmNr7EAR+fN0NTWju
axyULmzynDiW0pUKsaFL4rEBikY5rE+0itpS18Gp
wZcFHp7FzIgZ/kyuy22RR2F/Z63phizLAmESOke4
iuvwOaQUF2M/Ovruc3DEw==

FECHA DE ACEPTACION DIAN:
2025-09-22 20:54:49-05:00

Este documento referencia a la factura electróni
venta

CORTARPAPEL*******

CUFE:9da5edaf4c7b03c0f4326382af0ed7aa
8abf466cc5f029b07949d543ba635c26
d5f8af2626fde5c987780196b60f776c

Fecha de aceptación: 2025-09-22 20:54:49-05:00

Firma Digital:cK9CvxOOsLizQb8bGhcfFFF1fhMiGRWK
hbanLB8v5n6L527GZtBm3hdNSK/AenUC
KMJ0L1YOpiMgOQrp7LZJxwnnyU8GLbsG
9Pu73I3iWmhsgBwI2pYoy0l786meZ+q6
nhXckDc2YiH6IcWLkzUyT+EZ3P0dwQdT
yIB+a46fec4iMrPrjMhdfZbT9PgCc2uH
5Fw3YYimGxf8d8j3EmXB7v0oVUXpEEYD
mNr7EAR+fN0NTWjuaxyULmzynDiW0pUK
saFL4rEBikY5rE+0itpS18GpJwZcFHp7
FzIgZ/kyuy22RR2F/Z63phizLAmESOke
4iuvwOaQUF2M/Ovruc3DEw==



MIGAN CAPITAL NIT:900872767
LA MONTANA AGROMERCADOS
Avenida 6a # 30-47
TEL 310-832-32-32
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES IND Y CIO CALI
RES. 4131.040.21.1.1375 DICI. 27 2024.
SOMOS AGENTES DE RETENCION DE IVA
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES DIAN
RESOLUCION 200 del 27/12/2024

REIMPRESION
TPV   : TPV12716
Fecha   : 2025/9/22 Hora: 20:54:45
Cajero   : VELASCO CERTUCHE MARIA FERNAN
Fecha   : 2025/9/22 Hora: 20:54:45
Fecha Generacion: 2025/09/22 Hora:20:53:
Fecha Expedicion: 2025/09/22 Hora:20:54:
Fecha Expedicion:
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:
16SX61670
Vendedor : 0719 VELASCO CERTUCHE MARIA F
Condicion de Pago:Contado
Medio De Pago:48-Tarjeta Crédito
Cliente : FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCI
Nit/C.C. : 900196090
Direccion : TRANSVERSAL 2 54 31
Telefono : 3175143251

Ref. Descripcion de Item	Cant.	U.M	V/r Uni.	Total
0000537 BOLSA PLASTICA*UND	1.000	UND	150	150*
0003424 ALCOHOL JGB *350ml	1.000	UND	5600	5600
0003965 GUANTE ETERNA CLASICO COCINA TAL	2.000	UND	4900	9800*
0022708 GUANTE ETERNA FLEX 9 ANTID.	2.000	UND	8200	16400*
0023004 GUANTE ETERNA BANO CLASICO TALLA	2.000	UND	4600	9200*

T O T A L $41,150
Total de Articulos.... 8

---------[DETALLE DE VALORES]---------
Vta Gravada (*)....... 29,815 +
Vta Excluida ..... 5,600 +
IMPUESTOS..... 5,735 +

-------[INFORMACION TRIBUTARIA]-------

Descripcion	Vlr_Base	Vlr_Impto.
IVA DEL 19%	29,815	5,665
IMPUESTO BOLSA	67	70
48-Tarjeta Crédito		$41,150

AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN
No. 18764094369250
Numeracion: AUTORIZADA
Rango desde :16SX-44260 hasta 16SX-99999
Vigencia: desde 2025/06/13
hasta 2026/06/13 - 12 MESES
GRANDES CONTRIBUYENTES
RESOL. 000200 DE 2024/12/27

GRACIAS POR SU COMPRA
CORREO INFO@LAMONTANA.CO

La Montaña Agromercados

Factura generada por software de
SISTEMAS DE INFORMACIÓN EMPRESARIAL S A
NIT: 890.319.193-3
Software Siesa POS

CORTARPAPEL******

CUFE:9da5edaf4c7b03c0f4326382af0ed7aa
8abf466cc5f029b07949d543ba635c26
d5f8af2626fde5c987780196b60f776c

Fecha de aceptación: 2025-09-22 20:54:49-05:00

Firma Digital:cK9CvxOOsLizQb8bGhcfFFFlfhMiGRWK
hbanLB8v5n6L527GZtBm3hdNSK/AenUC
KMJ0LlYOpiMgOQrp7LZJxwnnyU8GLbsG
9Pu73I3iWmhsgBwI2pYoy01786meZ+q6
nhXckDc2YiH6IcWLkzUyT+EZ3P0dwQdT
yIB+a46fec4iMrPrjMhdfZbT9PgCc2uH
5Fw3YYimGxf8d8j3EmXB7v0oVUXpEEYD
mNr7EAR+fN0NTWjuaxyULmzynDiWOpUK
saFL4rEBikY5rE+0itpSl8GpJwZcFHp7
FzIgZ/kyuy22RR2F/Z63phisILAmESOke
4iuvwOaQUF2M/Ovruc3DEw==

FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO
NIT 900196090-9
Estado de Resultados entre el 01/09/2025 y el 30/09/2025
Elaborado Bajo Normas Locales

	SEPTIEMBRE
4 INGRESOS	
41 OPERACIONALES	
4170 OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS COMUNITARIOS, SOCIALES	
417010 ACTIVIDADES DE ASOCIACION	
41701001 DONACIONES BONOS	
ALIMENTOS LA CALI	500.000
ARANGO LOSADA ADRIANA SOFIA	200.000
BALCAZAR MARIA RESURRECION	375.000
DISMOVEL	1.000.000
EDIFICIO ALCARAVAN	250.000
FELIGRESES VARIOS	275.000
MARIN LOPEZ ANA MARIA	150.000
MUNICIPIO DE PALMIRA	5.235.990
PARDO CLAUDIA	60.000
RENTERIA YOLANDA	75.000
ROJAS TRUJILLO NELLY	1.300.000
SANCHEZ AURA	75.000
SANCHEZ LUCY	275.000
SINISTERRA DE CARVAJAL AMPARO	200.000
TENORIO PEÑA LUZ MARIANA	100.000
Total 41701001 DONACIONES	10.070.990
Total 41 OPERACIONALES	10.070.990
Total 4 INGRESOS	**10.070.990**
5 GASTOS	
51 OPERACIONALES DE ADMINISTRACION	
5105 GASTOS DE PERSONAL	
510506 SUELDOS	
ADVINCULA RAMOS YOLANDA	1.423.500
PARADA CAMACHO GLADYS PATRICIA	1.423.500
Total 510506 SUELDOS	2.847.000
510527 AUXILIO DE TRANSPORTE	
ADVINCULA RAMOS YOLANDA	200.000
PARADA CAMACHO GLADYS PATRICIA	200.000
Total 510527 AUXILIO DE TRANSPORTE	400.000
510542 PRIMAS EXTRALEGALES	
PARADA CAMACHO GLADYS PATRICIA	200.000
Total 510542 PRIMAS EXTRALEGALES	200.000
510530 PRIVISION DE PRESTACIONES	
513001CESANTIAS, INTERESE DE CESANTIA, VACACIONES, PI	909.652
510530TOTAL PRIVISION DE PRESTACIONES	909.652
510551 DOTACION Y SUMINISTRO A TRABAJADORES	
GASTOS DE MENOR CUANTIA	
GORROS MAGICOS	604.000

Total 510551 DOTACION Y SUMINISTRO A TRABAJADORES	604.000
510568 APORTES A ADMINISTRADORAS DE RIESGOS	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	22.400
Total 510568 APORTES A ADMINISTRADORAS DE RIESGOS PR	22.400
510569 APORTES EPS	
E P S SURAMERICANA S A	121.060
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	121.060
Total 510569 APORTES EPS	242.120
510570 APORTES A FONDOS DE PENSIONES Y/0 CESANTIAS	
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIC	341.720
Total 510570 APORTES A FONDOS DE PENSIONES Y/0 CESANT	341.720
510572 APORTES CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR	
COMFANDI	114.000
Total 510572 APORTES CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR	114.000
510575 APORTES I.C.B.F.	
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	85.600
Total 510575 APORTES I.C.B.F.	85.600
510578 SENA	
SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE	57.000
Total 510578 SENA	57.000
Total 5105 GASTOS DE PERSONAL	**5.219.492**
5110 HONORARIOS	
511035 ASESORIA TECNICA	
BRAYAN HERNANDEZ	210.000
Total 511035 ASESORIA TECNICA	210.000
Total 5110 HONORARIOS	210.000
Total 513505 ASEO Y VIGILANCIA	-
513510 TEMPORALES	
RIVERA CORDOBA MARIA NELLY	1.447.300
RENTERIA GLORIA AMPARO	27.500
Total 513510 TEMPORALES	1.474.800
513525 ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO	
EMPRESAS MUNICIPALES DE CALI E.I.C.E E.S.P	317.985
Total 513525 ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO	317.985
513535 TELEFONO	
51353501 TELEFONO GRAVADO	
COLOMBIA TELECOMUNICACIONES S.A E.S.P	42.000
CONECTATE A MI RED SAS	95.200
Total 51353501 TELEFONO GRAVADO	137.200

513550 TRANSPORTE, FLETES Y ACARREOS	
GASTOS DE MENOR CUANTIA	
ALFONSO UINTANA	
ADVINCULA YOLANDA	132.000
PARADA CAMACHO GLADYS PATRICIA	293.600
FERNANDO OSOIO	20.000
Total 513550 TRANSPORTE, FLETES Y ACARREOS	**425.600**
513555 GAS	
GASES DE OCCIDENTE	122.914
TOTAL 513555 GAS	**122.914**
Total 5135 SERVICIOS	**2.478.499**
5140 GASTOS LEGALES	
Total 5140 GASTOS LEGALES	**-**
5145 MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	
514510 CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES	
MULTISERVICIO ANDINA	180.000
REYES LILIANA	100.000
MORA JESUS	259.000
EDINSO MUÑOZ	50.000
Total 514510 CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES	**589.000**
Total 5145 MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	**589.000**
5195 DIVERSOS	
519525 ELEMENTOS DE ASEO Y CAFETERIA	
DOLLARCITY	34.000
FAJARDO DIAN	18.000
CACHARERIA PIOLIN	14.000
RIOS NOELBA	583.994
CALDERON URIBE LUZ ANGELICA	7.500
MIGAN CAPITAL	41.150
Total 519525 ELEMENTOS DE ASEO Y CAFETERIA	**698.644**
519530 UTILES, PAPELERIA Y FOTOCOPIAS	
519560 CASINO Y RESTAURANTE	
COMERCIALIZADORA FLORALIA S.A.	711.774
CACHARERIA PIOLIN	64.000
FUNDACION ARQUIDIOCESANA BANCO DE ALIMENTOS	128.582
ARBELAEZ GULLERMO	70.000
Total 519560 CASINO Y RESTAURANTE	**974.356**
519584 GASTOS MEDICOS Y DROGAS	
DROGUERIAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE S A S	62.400
Total 519584 GASTOS MEDICOS Y DROGAS	**62.400**
519595 OTROS	
DIAZ JOSE IGNACIO	1.312.500
PROTECCIO MANTENIMIENTO	46.410
PARADA GLADYS PATRICIA	60.000
FUNDACION ARUIDIOCESANA DE ALIMENTOS	190.539

Total 519595 OTROS	1.609.449
Total 5195 DIVERSOS	3.344.849
Total 51 OPERACIONALES DE ADMINISTRACION	**11.841.840**
53 NO OPERACIONALES	
5315 GASTOS EXTRAORDINARIOS	
Total 5315 GASTOS EXTRAORDINARIOS	-
Total 53 NO OPERACIONALES	-
Total 5 GASTOS	11.841.840

Perdida del Ejercicio	-	1.770.850



LUZ MARIANA TENORIO PEÑA
C.C.31.917.013
CONTADOR PUBLICO
Matricula 24575-T
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141155798855

(415)7707212489984(8020) 000014115579885 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 6 0 9 0	9	Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Palmira 5 2 0

41. Dirección principal
TV 2 3 51 BRR PALMASECA

42. Correo electrónico hogarcristoresucitado@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 5 1 4 3 2 5 1	3 1 0 4 7 2 0 3 7 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
9 4 9 9	2 0 0 7 0 9 2 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	1	4	4	2	5	2	5	5																

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GOMEZ RENDON JOAQUIN ALBERTO
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141155798855

(415)7707212489984(8020) **000014115579885 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 6 0 9 0	9	Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	1 6	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	0 1
72. Número		0 7
73. Fecha	2 0 0 7 0 9 2 1	2 0 1 4 0 3 0 8
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 8 0 1 2 4	2 0 1 4 0 4 2 8
77. No. Matrícula mercantil	S 0 0 0 1 5 9 0	S 0 0 0 1 5 9 0
78. Departamento	7 6	7 6
79. Ciudad/Municipio	2 4	2 4
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 7 0 9 2 1	2 0 0 7 0 9 2 1
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Gobernación 9

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 5 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141155798855

(415)7707212489984(8020) **000014115579885 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 6 0 9 0	9	Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 0 8 0 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	8 4 6 4 4 3 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GOMEZ	RENDON	JOAQUIN	ALBERTO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 0 0 2 2 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	3 1 9 1 7 0 1 3		2 4 5 7 5 - T

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
TENORIO	PEÑA	LUZ	MARIANA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Página 4 de 6 **Hoja 4**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141155798855

(415)7707212489984(8020) **000014115579885 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 6 0 9 0	9	Impuestos y Aduanas de Palmira	1 5	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	3 5 4 6 8 8 4 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PARDO	SUAREZ	CLAUDIA	ESPERANZA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 2 2 2	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	2 4 3 0 3 2 4 8		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CASTRO	HOYOS	ALEYDA	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 2 2 2	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	3 8 9 7 7 1 0 2		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
SOLANO	FRANCO	BLANCA	LILIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 2 0 5 2 1	

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	3 8 9 7 3 7 0 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TORRES	DE GOMEZ	BERTHA	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 2 0 5 2 1	

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	3 8 9 9 1 7 0 0		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MONTENEGRO	VARGAS	MARIA	NELSY

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 2 2 2	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141155798855

(415)7707212489984(8020) **000014115579885 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 6 0 9 0	9	Impuestos y Aduanas de Palmira	1 5	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 4 9 9 4 2 6 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
BETANCOURT	GARCIA	HERNAN	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 2 2 2	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	3 1 9 1 7 0 1 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TENORIO	PEÑA	LUZ	MARIANA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 2 2 2	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141155798855

(415)7707212489984(8020) **000014115579885 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 6 0 9 0	9	Impuestos y Aduanas de Palmira	1 5	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 6 2 5 9 5 8 7	2	2 7 2 5 9

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
GARZON	OSPINA	GUILLERMO	

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 4 0 9 2 7

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	3 1 9 1 7 0 1 3	5	2 4 5 7 5 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
TENORIO	PEÑA	LUZ	MARIANA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 3 0 5 2 8

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO