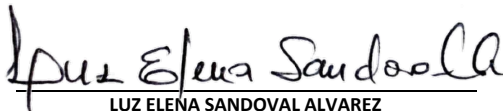


INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

1. No. CONTRATO		2. DATOS DEL INFORME		3. TIPO DE INFORME	4. DATOS DEL SUPERVISOR				
MP-C-SIS-024-2025	2.1 No. Pago	2.2 Fecha del Pago		SUPERVISIÓN	4.1 Nombre	4.2 Cargo			
	09	martes, 27 de enero de 2026			LUZ ELENA SANDOVAL ALVAREZ	SUBSECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL			
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-mar-2026	11,0	8,0	72,73%	
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	11,00	8,00	72,73%	
				5.10.2 Adiciones al Contrato	\$ 15.343.548				
				5.10.3 Suspensiones al Contrato					
				5.10.4 Total Contrato + Adiciones	\$ 61.374.228	11,00	8,00	72,73%	
				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				
\$ 5.114.516		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%				SI	El Contratista está cumpliendo con los pagos al sistema de SALUD			
6.11.3.2 Aportes a Pensión (AFP)	0,00%				SI	El Contratista está cumpliendo con los pagos al sistema de PENSIONES			
6.11.3.3 Aportes a Riesgos Laborales (ARL)	#N/A				SI	El Contratista está cumpliendo con los pagos al sistema de RIESGOS LABORALES			
6.11.3.4 Valor Total (sin Mora)		#N/A			SI				
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				

3	Se han presentado controversias entre las partes	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.
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 avalado 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 Sorportes 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).	El Centro de Bienestar de adulto mayor brinda de manera diaria el alimento a las personas mayores que habitan en la Fundación con una minuta balanceada en cinco tiempos de lunes a domingo, teniendo en cuenta las necesidades alimentarias de cada uno.	Informe técnico de evidencias, minuta alimentaria y archivo fotográfico.	SI	
2	Realizar 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 una psicóloga que 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	Informe técnico de evidencias y archivo fotográfico.	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.	El CBA Se realizan controles médicos y exámenes de rutina de manera periódica. El 8 de enero de 2026 se llevó a cabo una visita médica por parte del Hospital Raúl Orejuela Bueno, en la cual se actualizaron las historias clínicas y los tratamientos farmacológicos. De acuerdo con los diagnósticos establecidos para cada adulta mayor, se suministran los medicamentos correspondientes para el manejo adecuado de sus afecciones de salud.	Informe técnico de evidencias y archivo fotográfico.	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 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 sistema de cámaras monitoreadas y 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.	Informe técnico de evidencias y archivo fotográfico.	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 adultas mayores, baños, zona de comedores y de televisión para los adultos, que brindan comodidades y una adecuada calidad de vida.	Informe técnico de evidencias y archivo fotográfico.	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.	La Fundación cuenta con aval de funcionamiento de la Secretaría de Salud, certificando que cuenta con los requerimientos para brindar un servicio. Además, las adultas mayores reciben atención por Fisioterapia en convenio con la Universidad Santiago de Cali, se realizan celebración de misas dominicales como actividad de acompañamiento espiritual, atención de visitas de familiares y amigos y sesiones de corte de cabello	Informe técnico de evidencias y archivo fotográfico.	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.	La Fundación cuenta con el personal idóneo y suficiente para la atención de las adultas mayores	Informe técnico de evidencias y archivo fotográfico. Certificado de pago planilla de seguridad social	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.	El 14 de enero de 2026, el CBA recibió solicitud de cupo para la señora María Blanca Cecilia Marín De Banderas remitido por parte de la Secretaría de Integración Social. Se encuentran en proceso de visita domiciliaria para evaluar su situación médica, vs los servicios que brinda el Hogar geriátrico.	Informe técnico de evidencias y archivo fotográfico.	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.	El recurso destinado por el convenio, se utiliza en lo convenido directamente garantizando la atención integral a las adultas mayores	Informe técnico de evidencias e informe de gastos	SI	
10	Presentar un informe financiero mensual firmado por el contador o revisor fiscal, de la ejecución presupuestal, anexando todos los soportes contables.	Adjuntan el informe financiero realizado por el contador	Informe técnico de evidencias y archivo fotográfico.	SI	
11	Entregar al finalizar el convenio un informe cualitativo de la población atendida.	No aplica	No aplica		
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 soportes del pago), , El Contrato no presenta situaciones que afectan el valor total del contrato
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	
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	\$ 15.343.548		\$ 61.374.228	

3	10.5.2.3 Valores cancelados al contratista		\$	46.030.680	10.5.6 Total Pagos al Contrato	La ejecución fiscal del Contrato va en un 83,33%, estando pendiente por pagar al Contratista la suma de: \$ 10229032	
4	10.5.2.4 Valor a pagar en la presente acta		\$	5.114.516			
5	10.5.2.5 Saldo por pagar al contratista		\$	10.229.032			\$ 51.145.196
6	10.5.2.6 Saldo a favor del municipio						10.5.7 % Avance
	10.5.2.7 Sumas Iguales	\$	61.374.228	\$	61.374.228	83,33%	
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 deijo constancia que no existe controversia alguna.							
Para constancia de lo anterior se firma en Palmira a los 27 días del mes de Enero del año 2026							
 LUZ ELENA SANDOVAL ALVAREZ SUPERVISOR							



Alcaldía Municipal
de Palmira
Nit.: 891.380.007-3

PROCESO: GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

INFORME DE AVANCE DE ACTIVIDADES

ACTFO-035

Versión.07

27/02/2025

Página 1 de 6

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 MARZO DE 2026
INFORME CORRESPONDIENTE ACTA PARCIAL No.:	09 Acta Parcial (1 de enero de 2026 a 31 enero de 2026)
CUENTA DE COBRO POR VALOR DE:	\$5.114.516
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.

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 **enero 8 de 2026** se tuvo la Visita y se actualizaron las historias clínicas y Medicamentos. Próxima VISITA se espera a finales de **abril de 2026**. 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.

En Anexo 3- Evidencias Fotográficas del CBA, se presenta las evidencias de actividades realizadas en el periodo: Fisioterapia, a cargo del Sr. Brayan Hernández, estudiante de octavo semestre de la Universidad Santiago de Cali, celebración de misas dominicales como actividad de acompañamiento espiritual, atención de visitas de familiares y amigos y sesiones de corte de cabello

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 dos colaboradoras que nos prestan 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 informado 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: El 24 de noviembre se recibió solicitud de cupo para la Señora **Alicia Posso** por parte de la secretaria de integración social. Se dio respuesta afirmativa y el día 16 de enero de 2026, fue llevada al hogar pero se reusó a quedarse. La señora tiene un temperamento fuerte. El 14 de enero de 2026, se recibió solicitud de cupo para la señora María Blanca Cecilia Marín De Banderas por parte de la Secretaria de Integración Social. Estamos programando visita domiciliaria para evaluar su situación médica, vs los servicios que podemos brindarle a en el Hogar geriátrico. **En Anexo 3-** Evidencias Fotográficas del CBA se presentan las solicitudes y respuestas.

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.



Alcaldía Municipal
de Palmira
Nit.: 891.380.007-3

PROCESO: GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

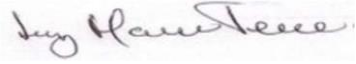
INFORME DE AVANCE DE ACTIVIDADES

ACTFO-035

Versión.07

27/02/2025

Página 6 de 6

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. 7996911513 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: 

Centro Administrativo Municipal de Palmira -CAMP

Calle 30 No. 29 -39: Código Postal 763533

www.palmira.gov.co

Línea de atención: 602 8912312





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 **diciembre** de 2025, según planilla adjunta. Valor pagado **\$ 855.400/ mes.**

En mi calidad de Revisor Fiscal expido este documento el día 15 de enero de 2026.

GUILLERMO GARZON OSPINA

C.I. 16.259.587 de Palmira

T.P. 27.259-T

Revisor Fiscal

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	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0	\$ 227.800
SUBTOTALES:										\$ 227.800	\$ 0	\$ 227.800

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
EPS041	NUEVA EPS CM	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	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	\$ 15.000	\$ 15.000	\$ 0	\$ 0	\$ 15.000
SUBTOTALES:									\$ 15.000	\$ 0	\$ 0	\$ 15.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR				
CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES	
			APORTES	MORA VALOR PAGADO
CCF57	CCF57-COMFANDI	2	\$ 114.000	\$ 0
SUBTOTALES:			\$ 114.000	\$ 0

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

[illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 855.400
----------------------	-------------------

Certificado Bancario

Lunes, 26 de enero de 2026

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.

**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. 18764101601301 válida desde 2025-11-14 hasta 2026-11-14 rango desde FELE52 hasta FELE100.

Nombre o Razón MUNICIPIO DE PALMIRA**Social:****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 :****FELE55****MONEDA:** COP Colombia, Pesos**HORA EMISIÓN:** 17:28:26-05:00**FECHA FIRMADO:** 17/01/2026 17:28:29**FECHA DE EMISIÓN****FECHA DE VENCIMIENTO**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
17	01	2026	--	--	--

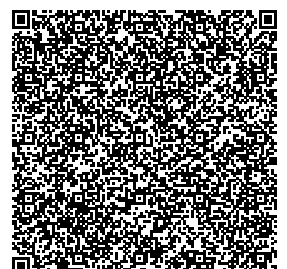
#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	01	Convenio No MP-C-SIS-024-2025 firmado con el Municipio de Palmira NOVENA (9) CUOTA DEL CONTRATO FIRMADO CON EL OBJETO DE AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ESTADIA Y ATENCION INTEGRAL DE LOS DULTOS MAYORES EN CONDICION DE VULNERABILIDAD A TRAVES DEL CENTRO DE BIENESTAR DELADULTOMAYOR: FUNDACION HOGAR CRISTORESUCITADO	WSD	1,00	\$5.114.516,00				0,00	\$5.114.516,00

Notas:**SON:** (cinco millones ciento catorce mil quinientos dieciseis pesos)**CUFE:** 6d7c2a1a5d78dd9f5fc9df5473344e07a7db0a40a0bf7c00c377e88e0025e6a6b787f92211ddc9f23a20b6f32392ee99

Subtotal:	\$5.114.516,00
Cargos:	\$0.00
Descuento:	\$0.00
Total:	\$5.114.516,00

Firma Digital: vYC8AtqjYB4i33EZdYBhClqvBOWgkaCMHLYNcrj4v3m/L0zLWULY3wiincl
z5x/qBaUvsk5/HbprNOW8DB9YkYRxXzykTvwodA9rpR6WPeA8
64vSyXHGDP8Xdo utW+2nBH3WhO8W2BuZDbQpWZ249VNmMo0RebciWFIWidhdnmo6nmhn7rK80V/Avw K3ik63WQmO1LFquu4YS4NJSOW/nlkFt1NGB
PHW1JTjHbDXKeMKiG06/e/FCG55X zeaRBGWlkQlrxvOSA4Okdfj+zRj/wepNkkikFcoyH5712kwCmR7kA9dxEJTSuf McPbOielEGUwhz0GiYQK
LQ==

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.

	FORMATO		FR36-PYP	
			Versión 02	Página 1 de 5
HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES			Fecha Emisión: Junio de 2019 Fecha Revisión: Abril de 2023 Fecha Actualización: Abril de 2023	

N° Identificación: 29 677 343	Tipo ID: CC	Fecha atención: 08/01/26	Hora:
Nombres y Apellidos: María Resurrección Balcanar		Fecha de Nacimiento: 01/08/1936	Edad: 89 años
EAPB: Emisionar	Fecha de Ingreso al programa: Sin Registro	Teléfono: 320871495	
Dirección: Fundación Cisto Resurrección	Barrio: La Dolores	Zona: Local	

MOTIVO DE CONSULTA

"Control Rxep Cardiovascular"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con diagnóstico de:

- 1) Hipertensión arterial (DA 1980)
- 2) Hipotiroidismo
- 3) Incontinencia Urinaria

Consulta domiciliar a Fundación Cisto Resurrección, donde se encuentra con cuidador, ahora tranquila, sin sintomatología precardiaca, adherente al manejo médico y controlado.

REVISIÓN POR SISTEMAS:

NEUROLÓGICO:	—
RESPIRATORIO:	—
CARDIOVASCULAR:	—
GASTROINTESTINAL:	—
METABOLICO:	—
URINARIO:	—
LOCOMOTOR	—

Observaciones:

FACTORES DE RIESGO

Consumo de licor: NO	Índice tabáquico:	Número de cigarrillos diarios:	Años de consumo:
Consumo de cigarrillo: NO	Dieta hiposódica:	Normoproteica:	Actividad física: 45 min por semana
Dieta hipoglúcida: SI			



FORMATO

FR36-PYP

Versión
02

Página 2 de 5

HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETESFecha Emisión: Junio de 2019
Fecha Revisión: Abril de 2023
Fecha Actualización: Abril de 2023

TAMIZAJE PSICOLÓGICO responda SI/NO

VIOLENCIA PSICOLÓGICA ¿Durante el último año ha sido humillada/o, menospreciada/o, insultada/o amenazada/o?: ☒ NOVIOLENCIA FÍSICA ¿Durante el último año fue golpeada/o, bofetada/o o lastimada/o físicamente?: ☒ NOVIOLENCIA SEXUAL: ¿Durante el último año fue forzada/o a tener relaciones sexuales?: ☒ NO

TEST DE MORISKY GREEN: (Adherencia) responder SI/NO

¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? ☒ NO

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

¿Cuándo se encuentra bien, Deja de tomar la medicación? ☒ NO☒ SI¿Si alguna vez le sienta mal, Deja usted de tomarla? ☒ NO

Resultado:

Adherente: ☒

No adherente: (con un solo SI):

EXAMEN FÍSICO

FC: 56

FR: 12

TA: 100/60 mmHg

Temperatura: 36

Peso actual: 40 kg

Talla: 1.45

Perímetro abdominal:

IMC: PESO/(TALLA)²<18.5: Bajo Peso: ☒ 18.6 y 24.9 - Normal: ☒ 25.0 y 29.9 - Sobrepeso: ☒ >30 - Obesidad: ☒ Grado: ☒

Cabeza:

Normocefala

Ojos:

Esclera: anicterica

pupilas

Fondo de ojo: ☒ normal

O.R.L.:

Sin lesiones

Cuello:

Sin adenopatías

Tórax:

Simétrico, normoexpansivo, no crepitantes

Cardiopulmonar:

Ruidos Cardíacos: rítmicos, no soplos

Abdomen:

Blando Depresible, no doloroso

Osteomuscular:

Sin alteraciones

Extremidades:

Normales

Edema:

NO

Pulso:

Normal

Sensibilidad:

NO

Lesiones:

NO

Piel y anexos:

Sin lesiones

Neurológico:

Sin déficit neurológico aparente

Genitourinario:

Citología cervicouterina:

Fecha: NO apta

Mamografía:

Fecha: NO apta

Vacunación COVID-19:

Dosis:

Vacuna Influenza:

Fecha:

Sintomático respiratorio: SI/NO ☒ NOSintomático de PIEL: SI/NO ☒ NO

Método de planificación:

Menopausia:

SI

Fecha de menopausia:



FORMATO

FR36-PYP

Versión
02

Página 3 de 5

HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES

Fecha Emisión: Junio de 2019
Fecha Revisión: Abril de 2023
Fecha Actualización: Abril de 2023

PARACLINICOS Y ESTUDIO DE ERC:			
Fecha creatinina:	Creatinina:	COCKROFT:	
RELACIÓN CREATINURIA / MICROALBUMINURIA			
Creatinuria:	Microalbuminuria:	Total, Cociente:	
Fecha:	Fecha:	ERC estado:	
SIN ENFERMEDAD RENAL CRONICA:	INDETERMINDO:	NO ESTUDIADOS:	
RIESGO CARDIOVASCULAR:	BAJO < del 10%:	MODERADO Entre el 10% al 20%: -	ALTO Entre el 20% y 30%:
		MUY ALTO Entre 30 %y 40%:	EXTREMADAMENT E ALTO >= al 40%:
BO APORTA APOORTE DE LABORATORIOS:			
NOMBRE DEL EXAMEN	FECHA	RESULTADO	
CREATININA			
COLESTEROL TOTAL			
HDL			
LDL			
TRIGLICERIDOS			
HEMOGLOBINA GLICOSILADA			
GLICEMIA PRE			
GLICEMIA POST			
UROANALISIS			
HEMOGRAMA			
ACIDO URICO			
MICROALBUMINURIA			
ALBUMINURIA			
CREATINURIA			
PSA			
SANGRE OCULTA EN HECES			
TSH			
SODIO			
POTASIO			
CLORO			
EKG			
RX TORAX			
Otros:			
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico	CIE 10	Diagnóstico	CIE 10
Presión arterial alta		DM1	HTA secundaria
HTA primaria	T10 X	DM2 INSULINO REQUIRIENTE	Alteración glicemia de ayuno
hipohradismo	E089	DM2 NO INSULINO REQUIRIENTE	Obesidad

	FORMATO HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES	FR36-PYP	
		Versión: 02	Página 4 de 5
		Fecha Emisión: Junio de 2019 Fecha Revisión: Abril de 2023 Fecha Actualización: Abril de 2023	

Falla cardíaca	Nefropatía	Hipertrigliceronemia
Enfermedad coronaria	Enfermedad renal crónica	Hipercolesteronemia
Cardiopatía	Hipotiroidismo	Hiperlipidemia mixta
Enfermedad arterial periférica	EPOC	Hiperlipidemia mixta
Problemas relacionados con el uso del tabaco	Otros	¿Cuales?

Diagnostico principal:	110Y
Diagnostico relacionado:	E039

CONDUCTA:
ANÁLISIS Y PLAN

Paciente con diagnóstico de hipertensión arterial alta con cifras tensoriales en límites normales con tendencia a hipotensión, Somnolienta, se encuentra con enalapril de 5mg no se suspende pero se realiza suspensión de Hctada. Se continua con manejo para patología preexistente. Se realiza repies de panel por incontinencia orinaria para cambio y ver al día No. 20260108133000044023.

MEDICAMENTOS	DOSIS	FRECUENCIA	CANTIDAD	TIEMPO DE TRATAMIENTO
Enalapril, tableta	5mg		1 tab día	
Levodroxina, tableta	100mg		1 tab aquna	
Hctada	5	Suspender		

PARACLÍNICOS ORDENADOS					
COLESTEROL LDL	☒ Colesterol HDL - LDL	☒ Triglicéridos	☒ Creatinina	☒ Hb A1c	
Uroanálisis	☒ Albuminuria	☒ Proteinuria	☒ Potasio	☒ T4 L	
hemograma	☒ Microalbuminuria	☒ creatinuria	☒ Sodio	☒ RX TORAX	
TSH	☒ Glucemia PRE Y POST	☒ Sangre oculta	☒ PSA	☒ EKG	
Otros:					

**HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES**

Fecha Emisión: Junio de 2019
Fecha Revisión: Abril de 2023
Fecha Actualización: Abril de 2023

INTERCONSULTAS

MEDICINA FAMILIAR

PSICOLOGIA

NUTRICION

ODONTOLOGIA

OFTALMOLOGIA

OTROS:

MOTIVO DE REMISIÓN:

FECHA DE PROXIMA CITA:

08/04/2026

EDUCACIÓN

Se educa al paciente en cuanto a la alimentación saludable, se explica la importancia de reducir el consumo de sal, carnes rojas, huevos, granos refinados, azúcares y grasas saturadas la cual se pueden sustituir por grasas provenientes de pescados y aceites vegetales, se debe aumentar el consumo de frutas enteras, verduras, vegetales, hortalizas, leguminosas, cereales integrales, frutos secos, nueces, pescado y productos lácteos bajos en grasa.

Así mismo, se brinda educación sobre la importancia que tiene implementar una rutina de actividad física al menos 30 minutos diarios o tres veces a la semana inicialmente si es sedentario; de baja a moderada intensidad. Las actividades físicas incluyen caminar, nadar, bailar, o realizar movimientos rítmicos repetitivos. Por otro lado, se aconseja disminuir o abstenerse del consumo de licor por los daños que genera en el organismo y aumentando el riesgo de complicación por su patología de base.

Se da consejería sobre cómo alcanzar un peso adecuado, disminuyendo el riesgo de padecer condiciones de salud como obesidad y sus consecuentes (dislipidemia, hipercolesterolemia y trastornos metabólicos asociados a esta).

Se educa sobre los efectos nocivos del consumo de cigarrillo y el alto riesgo de padecer cáncer, de próstata, cáncer de mama, cáncer de orofaringe, cáncer de pulmón, disminución del sentido del gusto, mal aliento, pérdidas dentales, placas decoloración, manchado, alteraciones en la fertilidad masculina, impotencia sexual, Enfermedad vascular periférica, trombozosis, envejecimiento prematuro de la piel. Accidente cerebrovascular, IAM, EPOC entre otros. Se le explica la importancia de permanecer en lugares libres de humo de tabaco.

Se educa al paciente en la importancia de asistir a los controles médicos cardiometabólicos programados, se le explica el tratamiento, los medicamentos, horarios, interacciones con otros medicamentos, posibles signos y síntomas de presencia de efectos adversos para suspender y consultar lo más pronto posible, se explica sobre cómo manejar el estrés, consultar en caso de: dolor de cabeza intenso, dolor torácico, sudoración, náuseas, vomito, dificultad respiratoria, vértigo, mareo, dolor u hormigueo en el cuello, la mandíbula, los hombros o los brazos, desmayos, problemas para ver, confusión, dificultad para hablar, convulsiones, pérdida de la fuerza.

RECOMENDACIONES

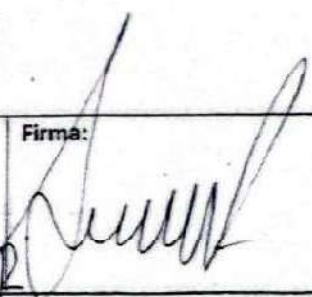
- Tómese el medicamento como se lo formuló el médico
- No permita que le cambien su fórmula por trámites administrativos
- Asista a su cita médica, llegue 30 minutos antes para facturar
- Presente en el siguiente control la última fórmula médica
- Consulte a urgencias si presenta signos de alarma: taquicardia, disnea, dolor en el pecho
- Se recomienda dieta hiposódica, hipograsa
- Recomendando dieta balanceada, abundante agua
- Evitar el tabaco y el alcohol
- Realizar caminatas diarias de 30 minutos
- Realizar actividad física diaria
- Mantener peso estable

Nombre del Profesional:

Firma:

Sello con N° de Registro:

Juany Guana Abadia R



Dra. Juany Guana Abadia R.
C.C. 1.113.662.698
RM. 86497



HOSPITAL
PÁEZ
CALLE 100 No. 100-100
BARRIO LA VIGILANCIA
BOGOTÁ, D.C.

NIT: 815000316-9
REPS: 7652003029

FORMATO

FR14-GAT

Verbalón
08

Página 1 de 1

Fecha Emisión: ---
Fecha Revisión: Febrero 2023
Fecha Actualización: Febrero 2023

RECETARIO MEDICO

Centro o Puesto de Salud	la Dorey		Fecha	28/02/23
			EPS	ensarey
Tipo de Identificación:		Número:	Régimen	C
Nombres y Apellidos	María Resurrección Balcaray Ospina		Edad	24 años
R/	Presentación Farmacéutica	Dosis	Frecuencia	Vía Administración
	40L (C03815) Gieahbina	(C03823)	15H (C03823)	741 (C03823)
	OT (C03815) 10L (C03817)	(C03823)	(C03823)	(C03823)
	Oranalia (C03815) hemograma	hpa IV (C03823)	glucosa en	
	suero (C03841), Hucalborinona	(C03823)		
Diagnóstico (Dx)	MD. DR(A) Dra. Susy Viana Ospina R.			

T10X - E039 - R32

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

Radic

Enero 14/2



NIT: 816000316-9
REPS: 7652003029

FORMATO

FR14-GAT

Versión
08

Página 1 de 1

Fecha Emisión: ---
Fecha Revisión: Febrero 2023
Fecha Actualización: Febrero 2023

RECETARIO MEDICO

Centro o Puesto de Salud	La Dolores		Fecha	23/02/23
Tipo de Identificación:	cc	Número: 29.677.343	EPS	Emigración
			Régimen	C
Nombres y Apellidos	Mona Reinección Balcazar Ospina			
RJ.	Presentación Farmacéutica	Dosis	Frecuencia	Vía Administración.
	5mg	1	clun	Oral
	25mg	1	clun	Oral
	125mg	1	clun	Oral
	000x/1	1	clun	topico
	17	1	clun	topico
Diagnostico (Dx)	MD. DR. ALVARO			
P10X - E039 - P32				
14 FEB 2023				

Carrera 29 # 39-51 Palmira Valle del Cauca
Tel: (602) 2858151 e-mail: ventanillaunica@hrcb.gov.co
www.hrcb.gov.co

	FORMATO	FR36-PYP	
		Versión 02	Página 1 de 5
HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES		Fecha Emisión: Junio de 2019 Fecha Revisión: Abril de 2023 Fecha Actualización: Abril de 2023	

N° Identificación: 38.995.497	Tipo ID: CC	Fecha atención: 08/10/25	Hora:
Nombres y Apellidos: María Mercedes Florin		Fecha de Nacimiento: 07/10/1929	Edad: 96 años

EAPB: Emisana	Fecha de Ingreso al programa: Sin Registro	Teléfono: 3208714315
---------------	--	----------------------

Dirección: Fundación Curo Pajuelado La Doble	Barrio: La Doble	Zona: Rural
--	------------------	-------------

MOTIVO DE CONSULTA "Control Pres. Cardiovascular"

ENFERMEDAD ACTUAL Paciente con diagnóstico de:
--

1) Hipertensión arterial 2) Desnutrición proteocalórica Severa 3) Incontinencia Urinaria Consulta domiciliar a Fundación Curo Pajuelado, en compañía de aux. de enfermería Palmira, quien indica de manejo médico es adherente y controlado médico

REVISION POR SISTEMAS:

NEUROLÓGICO:	—
RESPIRATORIO:	—
CARDIOVASCULAR:	—
GASTROINTESTINAL:	—
METABOLICO:	—
URINARIO:	—
LOCOMOTOR	—

Observaciones:

FACTORES DE RIESGO

Consumo de licor: 0	Consumo de cigarrillo: 0	Índice tabáquico:	Número de cigarrillos diarios:	Años de consumo:
Dieta hipoglúcida: 0	Dieta hiposódica: 0	Normoproteica:	Actividad física:	0, 1 semana



FORMATO

FR36-PYP

Versión
02

Página 2 de 5

HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETESFecha Emisión: Junio de 2018
Fecha Revisión: Abril de 2023
Fecha Actualización: Abril de 2023

TAMIZAJE PSICOLÓGICO responda SI/NO

VIOLENCIA PSICOLÓGICA ¿Durante el último año ha sido humillada/o, menospreciada/o, insultada/o amenazada/o?: ☒ NOVIOLENCIA FÍSICA ¿Durante el último año fue golpeada/o, bofetada/o o lastimada/o físicamente? ☒ NOVIOLENCIA SEXUAL: ¿Durante el último año fue forzada/o a tener relaciones sexuales?: ☒ NO

TEST DE MORISKY GREEN: (Adherencia) responder SI/NO

¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? ☒ NO¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? ☒ SI¿Cuándo se encuentra bien, Deja de tomar la medicación? ☒ NO¿Si alguna vez le sienta mal, Deja usted de tomarla? ☒ SIResultado: Adherente: ☒

No adherente: (con un solo SI):

EXAMEN FÍSICO

FC: 35 bpm FR: 12 lpm TA: 90/60 mmHg Temperatura: 36

Peso actual: 30 kg Talla: 1.40 Perímetro abdominal: IMC: PESO/(TALLA)²<18.5: Bajo Peso: ☒ 18.5 y 24.9 - Normal: ☒ 25.0 y 29.9 - Sobrepeso: ☒ >30 - Obesidad: ☒ Grado: ☒

Cabeza:

Normocefala

Ojos:

Escleras: Anisocoria, pupila isocoria

Fondo de ojo:

O.R.L.:

Sin lesiones

Cuello:

Sin adenopatía

Tórax:

Simétrico, normoexpansivo, no sobrecargado

Cardiopulmonar:

Fidus Cardíaco normal, no soplos

Abdomen:

Blando, Depresible, no doloroso

Osteomuscular:

Sin lesiones

Extremidades:

NO

Edema:

NO

Pulso:

Normal

Sensibilidad:

Normal

Lesiones:

NO

Piel y anexos:

Sin lesiones

Neurológico:

Sin déficit neurológico

Genitourinario:

Citología cervicouterina:

Fecha: ☒

Mamografía:

Fecha: ☒

Vacunación COVID-19:

Dosis: ☒

Vacuna Influenza:

Fecha: ☒Síntomático respiratorio: SI/NO ☒ NOSíntomático de PIEL: SI/NO ☒ NO

Método de planificación:

Menopausia:

Fecha de menopausia:



FORMATO

FR36-PYP

Versión
02

Página 3 de 5

HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES

Fecha Emisión: Junio de 2019
Fecha Revisión: Abril de 2023
Fecha Actualización: Abril de 2023

PARACLINICOS Y ESTUDIO DE ERC:

Fecha creatinina:	Creatinina:	COCKROFT:
-------------------	-------------	-----------

RELACIÓN CREATINURIA / MICROALBUMINURIA

Creatinuria:	Microalbuminuria:	Total, Cociente:
Fecha:	Fecha:	

SIN ENFERMEDAD RENAL CRONICA:	INDETERMINDO:	NO ESTUDIADOS:	ERC estadio:
RIESGO CARDIOVASCULAR:	BAJO < del 10%:	MODERADO Entre el 10% al 20%:	ALTO Entre el 20% y 30%:
			MUY ALTO Entre 30 %y 40%:
			EXTREMADAMENT E ALTO >= al 40%:

NO APORTA

APORTE DE LABORATORIOS:

NOMBRE DEL EXAMEN	FECHA	RESULTADO
CREATININA		
COLESTEROL TOTAL		
HDL		
LDL		
TRIGLICERIDOS		
HEMOGLOBINA GLICOSILADA		
GLICEMIA PRE		
GLICEMIA POST		
UROANALISIS		
HEMOGRAMA		
ACIDO URICO		
MICROALBUMINURIA		
ALBUMINURIA		
CREATINURIA		
PSA		
SANGRE OCULTA EN HECES		
TSH		
SODIO		
POTASIO		
CLORO		
EKG		
RX TORAX		

Otros:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico	CIE 10	Diagnóstico	CIE 10	Diagnóstico	CIE 10
Presión arterial alta		DM1		HTA secundaria	
HTA primaria	I102	DM2 INSULINO REQUIRIENTE		Alteración glicemia de ayuno	
Hipertensión	I039	DM2 NO INSULINO REQUIRIENTE		Obesidad	

FR36-PYP



FORMATO

FR36-PYP

Versión:
02

Página 4 de 5

HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETESFecha Emisión: Junio de 2019
Fecha Revisión: Abril de 2023
Fecha Actualización: Abril de 2023

Falla cardíaca		Nefropatía		Hipertrigliceronemia	
Enfermedad coronaria		Enfermedad renal crónica		Hipercolesteronemia	
Cardiopatía		Hipotiroidismo		Hiperlipidemia mixta	
Enfermedad arterial periférica		EPOC		Hiperlipidemia mixta	
Problemas relacionados con el uso del tabaco		Otros		¿Cuales?	

Diagnostico principal: E039

Diagnostico relacionado: O644

CONDUCTA:

ANÁLISIS Y PLAN

Paciente de 65 años de edad con ferguson altera en límites de hipertensión en el momento sin manejo antihipertensivo, se debe continuar igual

Se formula manejo para Sd. Convulsivo

Se Solucion laboratorios kw.

Se indica control en 3 meses

Se realiza Hipertensión de Puntos No.

MEDICAMENTOS	DOSIS	FRECUENCIA	CANTIDAD	TIEMPO DE TRATAMIENTO
Sulfato ferroso tab 300mg			1 tab cada 2 hrs	
Levodopa tableta 100mg			1 tab cada 2 hrs	
Amloripina tableta 10mg				
Omprazol tab 40 mg				
Cloxacil (bayer) 1x				

PARACLINICOS ORDENADOS

COLESTEROL LDL	☒ Colesterol HDL - LDL	☒ Triglicéridos	☒ Creatinina	☒ Hb A1c
Uroanálisis	☒ Albuminuria	☒ Proteinuria	☒ Potasio	☒ T4L
hemograma	☒ Microalbuminuria	☒ creatinuria	☒ Sodio	☒ RX-TORAX
TSH	☒ Glucemia PRE Y POST	☒ Sangre oculta	☒ PSA	☒ EKG

Otros:

Carrera 29 # 30-51 Palmira Valle del Cauca
Tel: (502) 2866181 e-mail: ventanillaunica@hrob.gov.co
www.hrob.gov.co



FORMATO

FR36-PYP

Versión
02

Página 5 de 5

HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETESFecha Emisión: Junio de 2019
Fecha Revisión: Abril de 2023
Fecha Actualización: Abril de 2023

INTERCONSULTAS

MEDICINA FAMILIAR

PSICOLOGIA

NUTRICION

ODONTOLOGIA

OFTALMOLOGIA

OTROS:

MOTIVO DE REMISIÓN:

FECHA DE PROXIMA CITA:

08/09/2026

EDUCACIÓN

Se educa al paciente en cuanto a la alimentación saludable, se explica la importancia de reducir el consumo de sal, carnes rojas, huevos, granos refinados, azúcares y grasas saturadas la cual se pueden sustituir por grasas provenientes de pescados y aceites vegetales, se debe aumentar el consumo de frutas enteras, verduras, vegetales, hortalizas, leguminosas, cereales integrales, frutos secos, nueces, pescado y productos lácteos bajos en grasa.

Así mismo, se brinda educación sobre la importancia que tiene implementar una rutina de actividad física al menos 30 minutos diarios o tres veces a la semana inicialmente si es sedentario; de baja a moderada intensidad. Las actividades físicas incluyen caminar, nadar, bailar, o realizar movimientos rítmicos repetitivos. Por otro lado, se aconseja disminuir o abstenerse del consumo de licor por los daños que genera en el organismo y aumentando el riesgo de complicación por su patología de base.

Se da consejería sobre cómo alcanzar un peso adecuado, disminuyendo el riesgo de padecer condiciones de salud como obesidad y sus consecuentes (dislipidemia, hipercolesterolemia y trastornos metabólicos asociados a esta).

Se educa sobre los efectos nocivos del consumo de cigarrillo y el alto riesgo de padecer cáncer, de próstata, cáncer de mama, cáncer de orofaringe, cáncer de pulmón, disminución del sentido del gusto, mal aliento, pérdidas dentales, placas decoloración, manchado, alteraciones en la fertilidad masculina, impotencia sexual, Enfermedad vascular periférica, trombosis, envejecimiento prematuro de la piel, Accidente cerebrovascular, IAM, EPOC entre otros. Se le explica la importancia de permanecer en lugares libres de humo de tabaco.

Se educa al paciente en la importancia de asistir a los controles médicos cardiometabólicos programados, se le explica el tratamiento, los medicamentos, horarios, interacciones con otros medicamentos, posibles signos y síntomas de presencia de efectos adversos para suspender y consultar lo más pronto posible, se explica sobre cómo manejar el estrés, consultar en caso de: dolor de cabeza intenso, dolor torácico, sudoración, náuseas, vomito, dificultad respiratoria, vértigo, mareo, dolor u hormigueo en el cuello, la mandíbula, los hombros o los brazos, desmayos, problemas para ver, confusión, dificultad para hablar, convulsiones, pérdida de la fuerza.

RECOMENDACIONES

- Tómese el medicamento como se lo formuló el médico
- No permita que le cambien su fórmula por trámites administrativos
- Asista a su cita médica, llegue 30 minutos antes para facturar
- Presente en el siguiente control la última fórmula médica
- Consulte a urgencias si presenta signos de alarma: taquicardia, disnea, dolor en el pecho
- Se recomienda dieta hiposódica, hipograsa
- Recomendando dieta balanceada, abundante agua
- Evitar el tabaco y el alcohol
- Realizar caminatas diarias de 30 minutos
- Realizar actividad física diaria
- Mantener peso estable

Nombre del Profesional:

Firma:

Sello con N° de Registro:

Juan Vivas Abadía

Dra. Suany Viviana Abadía R.
C.O. 1111 NCS 088
RM. 86497

 HOSPITAL ROSA OCHOA DE EL VALLE NIT: 815000316-9 REPS: 7652003028	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	la Dabores				Fecha	28 Feb 2023	
Tipo de Identificación:	C	Número:	38-999-497		EPS	Emiliana	
					Régimen	C	
Nombres y Apellidos	Nancy Mercedes Harin				Edad		
R/					Sexo	F	M
					Período Tratamiento	90	Cantidad Total (Unidad)
Sulfato Ferroso	300mg	1	Oral	Oral	90	90	
Levofloxacina tableta	750mg	1	Oral	Oral	90	90	
Acetaminofen tableta	500mg	1	Oral	Oral	90	180	
Omeprazol tableta	40mg	1	Oral	Oral	90	90	
Clarithromicina	1x	1	Oral	Oral	90	90	
Diagnostico (Dx)	t119 - t10X - D649 - E039				MD, DR(A)	[Signature]	

2/3
 14 FEB 2023
 Camara 29 # 39-51 Palmira Valle del Cauca
 Tel: (602) 2656161 e-mail: ventas@hrob.gov.co
 www.hrob.gov.co



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	La Dolores				Fecha	28	02	2023
Tipo de Identificación:	Cc	Número:	38.995.497	EPS	Emisiana			
Nombres y Apellidos	María Mercedes Harin				Régimen	C	S	
					Edad	96		
					Sexo	F	M	
R/	Presentación Farmacéutica	Dosis	Frecuencia	Vía Administración.	Periodo Tratamiento	Cantidad Total (Unidad)		
Pomales Adulto talla	L	1	q/bhs	topw	90.	#350		
huanro para uso en	cada cambio de pañal				90	#300		
pañales húmedos	"	"	"	"	90	#3		
Diagnostico (Dx)				MD. DR(A)				
P32								

Carrera 29 # 39-51 Palmira Valle del Cauca
Tel: (602) 2858161 e-mail: ventanillaunica@hrob.gov.co
www.hrob.gov.co

 HOSPITAL Raúl Orajuela Bueno Buenaventura, 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		la Doble			Fecha	08/02/23	
Tipo de Identificación:		Número: 38-995-447			EPS	Emisor	
Nombres y Apellidos		Mora Mercedes Mora			Régimen	C	S
R/.					Edad	85	
					Sexo	F	
					Período Tratamiento	Cantidad Total (Unidad)	
		Presentación Farmacéutica	Dosis	Frecuencia	Vía Administración		
		4101 (C903815)					
		Creahning (C903825)					
		TSH (C904902)					
		TYI (C904920)					
		CT (C903818)					
		101 (C903817)					
		Triglicéridos (C903868)					
Diagnostico (Dx)					MD. DR(A)		
Diox - E119 - E039					Dra. Sany Viviana Abadía R.		

Carrera 29 # 39-51 Palmira Valle del Cauca
 Tel: (602) 2858181 e-mail: ventanillaunica@hrcb.gov.co
www.hrcb.gov.co



HOSPITAL
Raul Orejuela Buitrago
Empresa Social del Estado
Palmira Valle del Cauca

FORMATO

FR36-PYP

Versión
02

Página 1 de 5

HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES

Fecha Emisión: Junio de 2019
Fecha Revisión: Abril de 2023
Fecha Actualización: Abril de 2023

N° Identificación:	29.676.119	Tipo ID:	CC.	Fecha atención:	08/01/25	Hora:	
Nombres y Apellidos:	Urbano Pennera	Fecha de Nacimiento:	03/04/1944	Edad:	81		
EAPB:	Embarcador	Fecha de Ingreso al programa:	Sin Registro	Teléfono:	3208714315		
Dirección:	Fundación Cristo Resucitado	Barrio:	La Dolorosa	Zona:			
MOTIVO DE CONSULTA "Control Presión Cardiovascular"							
ENFERMEDAD ACTUAL Paciente con diagnóstico de: 1) Hipertensión arterial (1994) 2) Hipotiroidismo 3) Tomografía de ueda 4) Incontinencia Urinaria Consulta a control de PA, se realiza visita domiciliar en Fundación Cristo Resucitado, en compañía de su enfermera, no presenta sintomatología cardiovascular.							
REVISIÓN POR SISTEMAS:							
NEUROLÓGICO:	—						
RESPIRATORIO:	—						
CARDIOVASCULAR:	—						
GASTROINTESTINAL:	—						
METABOLICO:	—						
URINARIO:	—						
LOCOMOTOR	—						
Observaciones:							
FACTORES DE RIESGO							
Consumo de licor:	N						
Consumo de cigarrillo:	N	Índice tabáquico:		Número de cigarrillos diarios:		Años de consumo:	
Dieta hipoglúcida:	Si	Dieta hiposódica:	Si	Normoproteica:	Si	Actividad física:	Si, caminar

	FORMATO HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES	FR36-PYP	
		Versión 02	Página 2 de 5
		Fecha Emisión: Junio de 2019 Fecha Revisión: Abril de 2023 Fecha Actualización: Abril de 2023	

TAMIZAJE PSICOLÓGICO responda SI/NO			
VIOLENCIA PSICOLÓGICA ¿Durante el último año ha sido humillada/o, menospreciada/o, insultada/o amenazada/o?: NO			
VIOLENCIA FÍSICA ¿Durante el último año fue golpeada/o, bofetada/o o lastimada/o físicamente? NO			
VIOLENCIA SEXUAL: ¿Durante el último fue forzada/o a tener relaciones sexuales?: NO			
TEST DE MORISKY GREEN: (Adherencia) responder SI/NO			
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? NO		¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? SI	
¿Cuándo se encuentra bien, Deja de tomar la medicación? NO		¿Si alguna vez le sienta mal, Deja usted de tomarla? NO	
Resultado: Adherente		No adherente: (con un solo sí):	
EXAMEN FÍSICO			
FC: 90	FR: 12	TA: 120/80 mmHg	Temperatura: 36
Peso actual: 61	Talla: 1.65	Perímetro abdominal: 98	IMC: PESO/(TALLA)²
<18.5: Bajo Peso: _____ 18.6 y 24.9 – Normal: _____ 25.0 y 29.9 – Sobrepeso: A >30 – Obesidad: _____ Grado: _____			
Cabeza: Normocefala			
Ojos: Esferas concavas pupas		Fondo de ojo: ROJOS	
ORE: Sin lesiones			
Cuello: Tomografía de región de traxa II de uelo			
Tórax: Simétrico normoexpansivo no sobrecargado			
Cardiopulmonar: Radío Cardíaco rtmus no soplo			
Abdomen: Blanco Depresible no doloroso			
Osteomuscular: Sin alteración			
Extremidades: Normales	Edema: NO	Pulso: Periférico	Sensibilidad: Normal
Lesiones: NO			
Piel y anexos: Sin lesiones			
Neurológico: Sin déficit neurológico Aparar			
Genitourinario: Sin lesiones			
Citología cervicouterina:		Fecha:	
Vacunación COVID -19:		Fecha:	
Sintomático respiratorio: SI/NO		Sintomático de PIEL: SI/NO	
Método de planificación:		Menopausia: SI	
		Fecha de menopausia:	



FORMATO

FR36-PYP

Versión 02
Página 3 de 5

HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES

Fecha Emisión: Junio de 2019
Fecha Revisión: Abril de 2023
Fecha Actualización: Abril de 2023

PARACLINICOS Y ESTUDIO DE ERC:

Fecha creatinina:	Creatinina:	COCKROFT:
-------------------	-------------	-----------

RELACIÓN CREATINURIA / MICROALBUMINURIA

Creatinuria:	Microalbuminuria:	Total, Cociente:
Fecha:	Fecha:	

SIN ENFERMEDAD RENAL CRONICA:	INDETERMINDO:	NO ESTUDIADOS:	ERC estado:
RIESGO CARDIOVASCULAR:	BAJO < del 10%:	MODERADO Entre el 10% al 20%: -	ALTO Entre el 20% y 30%:
			MUY ALTO Entre 30 %y 40%:
			EXTREMADAMENTE ALTO >= al 40%:

NO APORTA

APORTE DE LABORATORIOS:

NOMBRE DEL EXAMEN	FECHA	RESULTADO
CREATININA		
COLESTEROL TOTAL		
HDL		
LDL		
TRIGLICERIDOS		
HEMOGLOBINA GLICOSILADA		
GLICEMIA PRE		
GLICEMIA POST		
UROANALISIS		
HEMOGRAMA		
ACIDO URICO		
MICROALBUMINURIA		
ALBUMINURIA		
CREATINURIA		
PSA		
SANGRE OCULTA EN HECES		
TSH		
SODIO		
POTASIO		
CLORO		
EKG		
RX TORAX		

Otros:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico	CIE 10	Diagnóstico	CIE 10	Diagnóstico	CIE 10
Presión arterial alta	I10X	DM1		HTA secundaria	
HTA primaria		DM2 INSULINO REQUIRIENTE		Alteración glicemia de ayuno	
Alipotradiu	E03A	DM2 NO INSULINO REQUIRIENTE		Obesidad	

	FORMATO HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES	FR36-PYP	
		Versión : 02	Página 4 de 5
		Fecha Emisión: Junio de 2019 Fecha Revisión: Abril de 2023 Fecha Actualización: Abril de 2023	

Falla cardíaca	Nefropatía	Hipertrigliceronemia
Enfermedad coronaria	Enfermedad renal crónica	Hipercolesteronemia
Cardiopatía	Hipotiroidismo	Hiperlipidemia mixta
Enfermedad arterial periférica	EPOC	Hiperlipidemia mixta
Problemas relacionados con el uso del tabaco	Otros	¿Cuales?

Diagnostico principal: T108
 Diagnostico relacionado: E039
P222x

CONDUCTA:

ANÁLISIS Y PLAN

Paciente con diagnóstico de hipertensión arterial ahora con apoB (total) en metas se indica manejo con antihipertensivo

Del hpo 2 no (R) se continúa manejo con metformina 500mg. 1 tab se indica laboratorio, RCV

Control en 3 meses → Hiper de Panal No 2026010813000044138
 se realiza Hiper de panal por incontinencia Cerebral

MEDICAMENTOS	DOSIS	FRECUENCIA	CANTIDAD	TIEMPO DE TRATAMIENTO
losartan tableta 50	1 tab	cada 24h		
levothyroxina tableta	30mcg	1 tab cada 24hrs		
Atorvastatina tableta	20mg	1 tab noche		
Clonazepam tableta 0.5				
Bergmeretona Unguento 0.003				

PARACLINICOS ORDENADOS

COLESTEROL LDL	☒ Colesterol HDL - LDL	☒ Triglicéridos	☒ Creatinina	☒ Hb A1c
Uroanálisis	☒ Albuminuria	☒ Proteinuria	☒ Potasio	☒ T4 L
hemograma	☒ Microalbuminuria	☒ creatinuria	☒ Sodio	☒ RX TORAX
TSH	☒ Glicemia PRE Y POST	☒ Sangre oculta	☒ PSA	☒ EKG

Otros:

HISTORIA CLÍNICA CONTROL DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES

Fecha Emisión: Junio de 2019
Fecha Revisión: Abril de 2023
Fecha Actualización: Abril de 2023

INTERCONSULTAS

MEDICINA FAMILIAR	PSICOLOGIA	NUTRICION	ODONTOLOGIA	OFTALMOLOGIA

OTROS:

MOTIVO DE REMISIÓN:

FECHA DE PROXIMA CITA:

08/04/2025

EDUCACIÓN

Se educa al paciente en cuanto a la alimentación saludable, se explica la importancia de reducir el consumo de sal, carnes rojas, huevos, granos refinados, azúcares y grasas saturadas la cual se pueden sustituir por grasas provenientes de pescados y aceites vegetales, se debe aumentar el consumo de frutas enteras, verduras, vegetales, hortalizas, leguminosas, cereales integrales, frutos secos, nueces, pescado y productos lácteos bajos en grasa.

Así mismo, se brinda educación sobre la importancia que tiene implementar una rutina de actividad física al menos 30 minutos diarios o tres veces a la semana inicialmente si es sedentario; de baja a moderada intensidad. Las actividades físicas incluyen caminar, nadar, bailar, o realizar movimientos rítmicos repetitivos. Por otro lado, se aconseja disminuir o abstenerse del consumo de licor por los daños que genera en el organismo y aumentando el riesgo de complicación por su patología de base.

Se da consejería sobre cómo alcanzar un peso adecuado, disminuyendo el riesgo de padecer condiciones de salud como obesidad y sus consecuentes (dislipidemia, hipercolesterolemia y trastornos metabólicos asociados a esta).

Se educa sobre los efectos nocivos del consumo de cigarrillo y el alto riesgo de padecer cáncer, de próstata, cáncer de mama, cáncer de orofaringe, cáncer de pulmón, disminución del sentido del gusto, mal aliento, pérdidas dentales, placas decoloración, manchado, alteraciones en la fertilidad masculina, impotencia sexual, Enfermedad vascular periférica, trombosis, envejecimiento prematuro de la piel, Accidente cerebrovascular, IAM, EPOC entre otros. Se le explica la importancia de permanecer en lugares libres de humo de tabaco.

Se educa al paciente en la importancia de asistir a los controles médicos cardiometabólicos programados, se le explica el tratamiento, los medicamentos, horarios, interacciones con otros medicamentos, posibles signos y síntomas de presencia de efectos adversos para suspender y consultar lo más pronto posible, se explica sobre cómo manejar el estrés, consultar en caso de: dolor de cabeza intenso, dolor torácico, sudoración, náuseas, vomito, dificultad respiratoria, vértigo, mareo, dolor u hormigueo en el cuello, la mandíbula, los hombros o los brazos, desmayos, problemas para ver, confusión, dificultad para hablar, convulsiones, pérdida de la fuerza.

RECOMENDACIONES

- Tómese el medicamento como se lo formuló el médico
- No permita que le cambien su fórmula por trámites administrativos
- Asista a su cita médica, llegue 30 minutos antes para facturar
- Presente en el siguiente control la última fórmula médica
- Consulte a urgencias si presenta signos de alarma: taquicardia, disnea, dolor en el pecho
- Se recomienda dieta hiposódica, hipograsa
- Recomendando dieta balanceada, abundante agua
- Evitar el tabaco y el alcohol
- Realizar caminatas diarias de 30 minutos
- Realizar actividad física diaria
- Mantener peso estable

Nombre del Profesional:

Firma:

Sello con N° de Registro:

Dra. Suany Viviana Abadía R.
Cc. 1113.668.698
RM: 2545

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		La Dolores				Fecha	08	01	23
Tipo de Identificación:		Número: 29.676.119				EPS	Emisora		
Nombres y Apellidos		Yolanda Renteria				Régimen	C	S	
R/.		Presentación Farmacéutica		Dosis	Frecuencia	Vía Administración.	Periodo Tratamiento	Cantidad Total (Unidad)	
		Oxido de zinc 25 en		Cada	Cambio	de	Paral	90	# 3
		Paral Adulto talla L		topica	1	C/6 hrs	topica	90	360
		humido. para usar		en	cada	Cambio		90	# 3
Diagnostico (Dx)		I10X - E039 - R32.				MD. DR(A) Dra. Suany Viviana Abadía C.C. 113.668.698 BIO: 96490			

 HOSPITAL Raúl Ochoa de la Salud Dirección Social del Estado 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		la Dolores			Fecha	28	01	2023
					EPS	Enlana		
Tipo de Identificación:		Número: 29.676.119			Régimen	C	S	
Nombres y Apellidos		Yolanda Pennera			Edad	81 años		
					Sexo	F	M	
R/.	Presentación Farmacéutica	Dosis	Frecuencia	Vía Administración.	Periodo Tratamiento	Cantidad Total (Unidad)		
Metformina tableta	500mg	1	24h	Oral	90	90		
			pt	30				
	ensalud							
	14 ENE 2026							
Diagnostico (Dx)				MD. DR(A)				
E119				PENDIENTE				

Carrera 29 # 39-51 Palmira Valle del Cauca
 Tel: (802) 2856161 e-mail: ventanilla@hrob.gov.co
www.hrob.gov.co

 HOSPITAL Punto de Atención al Ciudadano NIT: 815000316-8 EPS: 7652003029	FORMATO		FR14-GAT	
			Verión 08	Página 1 de 1
	RECETARIO MEDICO		Fecha Emisión: — — — Fecha Revisión: Febrero 2023 Fecha Actualización: Febrero 2023	

Centro o Puesto de Salud		la Dolorer			Fecha	08/02/2023	
Tipo de Identificación:		cc	Número:	29.676.119	EPS	Emisorar	
Nombres y Apellidos		Yolanda Penten			Régimen	C	(S)
R/		Presentación Farmacéutica	Dosis	Frecuencia	Vía Administración	Periodo Tratamiento	Cantidad Total (Unidad)
		losartan tableta	50mg	1	Clrun	Oral	90
		levohlorina tableta	50mg	1	Clrun	Oral	90
		Atorvastatina tableta	20mg	1	Clrun	Oral	90
		Clonazepam topico	1x	1	Clgh	topico	90
		Betametasona topico	0.05x	1	Clgh	topico	90
Diagnostico (Dx)					MD. DR(A)		
I10x. E039 - R32					2/3		

Carrera 29 # 39-51 Palmira Valle del Cauca
 Tel: (602) 2858181 e-mail: ventanilla@hrcb.gov.co
www.hrcb.gov.co

14 FEB 2023

 HOSPITAL Raúl Oregueta Muñoz Barranquilla, Sucesos del Hospital NIT: 815000316-9 REPB: 7662003029	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		La Dolores				Fecha	08	01	2023
Tipo de Identificación:		Número: 29.676.119				EPS	Emisora		
Nombres y Apellidos		Yolanda Renteria				Régimen	C	(S)	
R/.		Presentación Farmacéutica		Dosis	Frecuencia	Vía Administración.	Periodo Tratamiento	Cantidad Total (Unidad)	
		Oxido de Zinc 25 en Cada Cambio / de				Paral	90	# 3	
		Paral Adulto talla L topica		1	1/6 hrs	topica	90	360	
		humid. para usar en cada Cambio					90	# 3	
Diagnostico (Dx)						MD. DR(A)			
I10X - E039 - R32						Dra. Susana Viviana Abadía CC. 113.305.598 C.E. 8429			

Carrera 29 # 39-51. Palmira Valle del Cauca
 Tel: (802) 2866161 e-mail: ventanillaunica@hrob.gov.co
www.hrob.gov.co



REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS

Código: OR-CBA-001

Versión: 1

Fecha: 01/09/2025

NOMBRE, APELLIDO, CEDULA:

Rosa

FECHA REGISTRO

DESDE: 03/01/26

HASTA

11/01/26.

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

OBSERVACIONES:

ENTREGA:

RECIBE:

FECHA REGISTRO

DESDE: 12/01/26.

HASTA

12/01/17-

	Medicamento	Dosis	Via	Horario	12			13			14			15			16			17			18		
					LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
					M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1	acetaminofen	1Pastilla	v/o	9 am	1			x																	
2	amlodipino	1Pastilla	v/o	4 PM.		x			x																
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

ENTREGA:

RECIBE:



REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS

Código: OR-CBA-001

Versión: 1

Fecha: 01/09/2025

NOMBRE Y APELLIDO:

FECHA REGISTRO

DESDE:

05/01/26

HASTA

11/01/26

5

6

7

8

9

10

11

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

SABADO

DOMINGO

M T N

M T N

M T N

M T N

M T N

M T N

M T N

Medicamento	Dosis	Via	Horario	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Levetiracetam	1 pastilla	v/o	7am	x			x			x			x			x			x		
Losartan	1 pastilla	v/o	7am	x			x			x			x			x			x		
Metformina	1 pastilla	v/o	1pm		f			f			x			x			x			x	

OBSERVACIONES:

ENTREGA:

Lecio
PamelaLecio
PamelaLecio
PamelaLecio
PamelaLecio
PamelaLecio
PamelaLecio
PamelaLecio
Pamela

RECIBE:

Patricio
PamelaPatricio
PamelaPatricio
PamelaPatricio
PamelaPatricio
PamelaPatricio
PamelaPatricio
PamelaPatricio
Pamela

FECHA REGISTRO

DESDE:

12/01/26

HASTA

18/01/26

12

13

14

15

16

17

18

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

SABADO

DOMINGO

M T N

M T N

M T N

M T N

M T N

M T N

M T N

Medicamento	Dosis	Via	Horario	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Levetiracetam	1 Pastilla	v/o	7 am	x			x			x			x			x			x		
Losartan	1 Pastilla	v/o	7 am	x			x			x			x			x			x		
Metformina	1 Pastilla	v/o	1 P.m.		x			x			x			x			x			x	

OBSERVACIONES:

ENTREGA:

Lecio
PamelaLecio
PamelaLecio
PamelaLecio
PamelaLecio
PamelaLecio
PamelaLecio
PamelaLecio
Pamela

RECIBE:

Patricio
PamelaPatricio
PamelaPatricio
PamelaPatricio
PamelaPatricio
PamelaPatricio
PamelaPatricio
PamelaPatricio
Pamela



REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS

Código: OR-CBA-001

Versión: 1

Fecha: 01/09/2025

NOMBRE Y APELLIDO:

Yolanda Renteria

FECHA REGISTRO

DESDE:

HASTA

22

23

24

25

26

27

28

	Medicamento	Dosis	Via	Horario	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
					M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1	Levotirozina	1 pastilla	v/o	7am	x			x			x			x			x			x			x		
2	losartan	1 pastilla	v/o	7am	x			x			x			x			x			x			x		
3	Metformina	1 pastilla	v/o	1pm		x			x			x			x			x							
4																									
5																									
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

ENTREGA:

RECIBE:

Lucio Romero	Lucio Romero	Lucio Romero	Lucio Romero	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria
Patricio Renteria	Patricio Renteria	Patricio Renteria	Patricio Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria

FECHA REGISTRO

DESDE:

HASTA

29

30

31

1

2

3

4

	Medicamento	Dosis	Via	Horario	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
					M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1	Levotirozina	1 pastilla	v/o	7am	x			x			x			x			x			x			x		
2	losartan	1 pastilla	v/o	7am	x			x			x			x			x			x			x		
3	Metformina	1 pastilla	v/o	1pm		x			x			x			x			x							
4																									
5																									
6																									
7																									

OBSERVACIONES:

ENTREGA:

RECIBE:

Lucio Romero	Lucio Romero	Lucio Romero	Lucio Romero	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria	Yolanda Renteria
Patricio Renteria	Patricio Renteria	Patricio Renteria	Patricio Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria	Nelly Renteria

	REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS	Código: OR-CBA-001
		Versión: 1
		Fecha: 01/09/2025

NOMBRE, APELLIDO, CEDULA:	Maria Mercedes Marin Lopez. cc 38 995 447.		
FECHA REGISTRO	DESDE: 22/12/25	HASTA: 28/12/25.	

				22			23			24			25			26			27			28		
Medicamento	Dosis	Via	Horario	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
				M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1 Omeprazol	1 pastilla	v/o	7am	x			x			x			x			x			1			1		
2 Empagliflozina	1 pastilla	v/o	7am	x			x			x			x			x			1			1		
3 Sulfato de amonio	1 pastilla	v/o	9am.	x			x			x			x			x								
4 acetaminofen	1 pastilla	v/o	9am.	x			x			x			x			x								
5 ácido valproico	1 pastilla	v/o	5pm.			x			x			x			x			x						
6																								
7																								

OBSERVACIONES:	
ENTREGA:	Lucia Romero, Lucia Romero, Lucia Romero, Yolanda, Yolanda, Lucia Romero, Lucia Romero, Yolanda, Yolanda
RECIBE:	Patricia Paula, Patricia Paula, Patricia Paula, Nelly, Nelly, Patricia Paula, Patricia Paula, Nelly, Nelly

FECHA REGISTRO	DESDE: 29/12/25	HASTA: 4/01/26.
----------------	-----------------	-----------------

Medicamento	Dosis	Via	Horario	29			30			31			1			2			3			4		
				LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
				M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	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 de amonio	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 ácido valproico	1 pastilla	v/o	5pm			x			x			x			x			x				x		
6																								
7																								

OBSERVACIONES:	
ENTREGA:	Lucia Romero, Lucia Romero, Lucia Romero, Yolanda, Yolanda, Lucia Romero, Lucia Romero, Yolanda, Yolanda
RECIBE:	Patricia Paula, Patricia Paula, Patricia Paula, Nelly, Nelly, Patricia Paula, Patricia Paula, Nelly, Nelly



REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS

Código: OR-CBA-001

Versión: 1

Fecha: 01/09/2025

NOMBRE, APELLIDO, CEDULA:

Mercedes

FECHA REGISTRO

DESDE:

5/01/26

HASTA

11/01/26

Medicamento	Dosis	Via	Horario	5			6			7			8			9			10			11		
				LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Omeprazol	1 pastilla	v/o	7am	+		x		x		x		y		y		x		y		y				
Empagliflozina	1 pastilla	y/o	7am	+		y		x		x		x		x		y		y		y				
Sulfato Ferroso	1 pastilla	v/o	9am	+		x		x		x		y		y		x		x		x				
acetaminofen	1 pastilla	v/o	9am	+		x		y		x		x		x		y		x		x				
ácido valproico	1 pastilla	v/o	5pm		+	x		x		x		x		x		x		x		x				

OBSERVACIONES:

ENTREGA:

RECIBE:

Medicamento	Dosis	Via	Horario	12			13			14			15			16			17			18		
				LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Omeprazol	1 Pastilla	v/o	7 a.m	1		x																		
Empagliflozina	1 Pastilla	v/o	7 a.m	1		1																		
Sulfato Ferroso	1 pastilla	v/o	9 am	x		1																		
acetaminofen	1 Pastilla	v/o	9 a.m	+		+																		
ácido Valproico	1 Pastilla	v/o	5 P.M.		+		x																	

OBSERVACIONES:

ENTREGA:

RECIBE:



REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS

Código: OR-CBA-001

Versión: 1

Fecha: 01/09/2025

NOMBRE, APELLIDO, CEDULA:

Aurora Mañá Aurora Ortega.

FECHA REGISTRO

DESDE:

05/01/26

HASTA

11/01/26

				5	6	7	8	9	10	11														
				LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			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 Carbidoopa	1 pastilla	V/O	5am 11am 5pm 11pm	x	x	x	x	x	x	x	x	x	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	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3 Sodio	1 pastilla	V/O	8am	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4 trimetropim	Cada 3 días 1 pastilla	V/O	1pm	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5																								
6																								
7																								

OBSERVACIONES:

ENTREGA:

RECIBE:

FECHA REGISTRO

DESDE:

12/01/26

HASTA

18/01/26

				12			13			14			15			16			17			18		
Medicamento	Dosis	Via	Horario	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
				M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1 Carbido Pa	1 Pastilla	V/O	5am 11am 5pm 11pm	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
2 amantadina	1 Pastilla	V/O	5PM 11PM	x		x	x	y	y		x	x		y	x		x							
3 Sodio	1 Pastilla	V/O	7 AM 7 PM	x			x			x			x			x								
4 trimetropim	1 Pastilla	V/O	1 P.M.		x		x			x			x			x								
5																								
6																								
7																								

OBSERVACIONES:

ENTREGA:

RECIBE:

	REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS	Código: OR-CBA-001
		Versión: 1
		Fecha: 01/09/2025

NOMBRE, APELLIDO, CEDULA:	Nelly Lopez	
FECHA REGISTRO	DESDE:	HASTA

				22			23			24			25			26			27			28		
				LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
				M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1	levomepromina	8 gotas	v/o		x			x			x		x			x			x					
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								

OBSERVACIONES:			
ENTREGA:		Lucrécia Romero	Lucrécia Romero
RECIBE:		Patricio Pando	Patricio Pando

FECHA REGISTRO	DESDE:	HASTA
----------------	--------	-------

	Medicamento	Dosis	Via	Horario	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
					M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1	levomepromina	8 gotas	v/o	6pm.		x			x			x		x			x			x			x		
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

OBSERVACIONES:			
ENTREGA:		Lucrécia Romero	Lucrécia Romero
RECIBE:		Patricio Pando	Patricio Pando

	REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS	Código: OR-CBA-001
		Versión: 1
		Fecha: 01/09/2025

NOMBRE, APELLIDO, CEDULA:	Nelly ROSAS	
FECHA REGISTRO	DESDE: 5/01/26	HASTA: 11/01/26

				5			6			7			8			9			10			11		
Medicamento	Dosis	Via	Horario	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
				M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1. Levetiracetam	8 gotas	v/o	8pm.			X		X			X		X		X		X		X		X		X	
2.																								
3.																								
4.																								
5.																								
6.																								
7.																								

OBSERVACIONES:			
ENTREGA:	Nelly ROSAS		
RECIBE:	Nelly ROSAS		

FECHA REGISTRO	DESDE: 12/01/26	HASTA: 18/01/26
----------------	-----------------	-----------------

Medicamento	Dosis	Via	Horario																					
				12			13			14			15			16			17			18		
				LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N				
1	LevomEPROMAZIN 2 Gotas	v/o	6 PM			X			X			X			X									
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								

OBSERVACIONES:			
ENTREGA:	Nelly ROSAS		
RECIBE:	Nelly ROSAS		



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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero : 9XFE9801
Fecha : 2026-ENE-15 02:26 PM
Pagina : 01 de 03

Autorizacion de Facturacion No 18764103963317 de DIC-30-2025
Numeracion Autorizada Del 9XFE1 Al 9XFE999999 Vigencia DIC-30-2027
Vigencia en Meses: 24
CIU: 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 : 1005974762 PLAZA MONCALEANO SORANI VALENTINA
MONEDA : PESOS



Reg.	CODIGO	DESCRIPCION	U.M	CANT.	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
001	006371	PIMENTON*KILO	kg	2.320	4,600.00	0.00*	10,672.00
002	006415	C/RES COSTILLA NORMAL*KILO	kg	1.540	11,980.00	0.00*	18,449.00
003	068530	HARINA AREPASAN*1000g MAIZ BLANCO	UND	4	2,890.00	5.00*	11,010.00
004	036971	PANELA LIBANO*1000g*8und REDONDA/TL	UND	1	6,450.00	0.00*	6,450.00
005	036971	PANELA LIBANO*1000g*8und REDONDA/TL	UND	1	6,450.00	0.00*	6,450.00
006	036971	PANELA LIBANO*1000g*8und REDONDA/TL	UND	1	6,450.00	0.00*	6,450.00
007	036971	PANELA LIBANO*1000g*8und REDONDA/TL	UND	1	6,450.00	0.00*	6,450.00
008	075543	AVENA TONING*1000g HOJUELA GTS 100g	UND	1	7,600.00	5.00*	7,238.00
009	030196	AZUCAR MANUELITA*2500g MORENA	UND	1	9,950.00	5.00*	9,476.00
010	076192	SERV NOVA*320und CLASICA MAXI PACK	UND	1	3,850.00	19.00*	3,235.00
011	006294	ARRACACHA*KILO	kg	3.562	5,380.00	0.00*	19,164.00
012	065942	QUESO SELETTI*400g MOZARELLA TAJADO	UND	1	11,550.00	0.00*	11,550.00
013	065942	QUESO SELETTI*400g MOZARELLA TAJADO	UND	1	11,550.00	0.00*	11,550.00
014	000957	ALIM VITA AVE*250g GIRASOL	UND	1	4,600.00	19.00*	3,866.00
015	000957	ALIM VITA AVE*250g GIRASOL	UND	1	4,600.00	19.00*	3,866.00
* P A S A *							
Total de Registros: 015		Total Cantidades:		22.420			

Observaciones:	SUBTOTAL	135,876.00
	DESCUENTO	5,967.00
	IMPUESTOS	3,469.00
	RETENCIONES	
	TOTAL A PAGAR	133,378.00

Valor Letras :

[D E T A L L E D E I M P U E S T O S]										
Impcto. %	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impcto. %	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impcto. %	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 Tecnológico: 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
Fecha de certificacion: 2026-01-15T14:26:00.

Emisor

Recibo de la Factura

Firma digital: MBD1dKlGGPmp4rIIQpQJ4TUI4chMLDmAOtqwavl1Q1Z/Nn9RJ/3yo+se2mzUR0pkKUwpMH8HJcASMTemqX30miJM4FxxBA06Uv1LbKfCSCFr0+hcXM82sWgRdoEUx9FkJMt9OMIOvQ08Dg7uFePCvCwgXDEZGmQknHU
H15DNwuiGshiKTIBynPsDmr+Rnn+YXJ56HXuYagaE4lEP5IFbPDbMJSBU7LG5pwqMqQE2CCRa3AL5tVWuLEq/Gk1bIOgt+sxkuog+U1k5k1I6902F1IBbk7VCqrm0XCCb6fBCwCqJS9n56pA/01JNJSnhYMKMfjIXEjqlMWQcdZB70A==
Cufe:a8c7ad4947a4ddfa36b360933cf5a5fc0da9448ddfd8c92839c59c5a06ad67ac75a7048e4934cf80e6946bc40d15bela



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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero : 9XFE9801
Fecha : 2026-ENE-15 02:26 PM
Pagina : 02 de 03

Autorizacion de Facturacion No 18764103963317 de DIC-30-2025
Numeracion Autorizada Del 9XFE1 Al 9XFE999999 Vigencia DIC-30-2027
Vigencia en Meses: 24
CIUU: 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 : 1005974762 PLAZA MONCALEANO SORANI VALENTINA
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	28,990.00	0.00*	28,990.00
017	007830	C/RES CALLO*KILO	kg	1.035	15,980.00	19.00*	13,898.00
018	011018	C/RES PULPA NORMAL*KILO	kg	3.030	23,980.00	0.00*	72,659.00
019	069567	BOLSA BIO*10und 65*90 VERDE ORDINARIOS	UND	3	3,300.00	19.00*	8,319.00
020	005598	TOMATE CHONTO*KILO	kg	3.412	4,300.00	0.00*	14,672.00
021	055849	AGUACATE PAPELILLO VERDE*KILO	kg	1.844	14,260.00	0.00*	26,295.00
022	009558	AJO*KILO GRANEL	kg	1.032	10,300.00	0.00*	10,630.00
023	007469	CEBOLLA CABEZONA*KILO BLANCA SIN PELAR	kg	3.966	1,780.00	0.00*	7,059.00
024	006325	CEBOLLA LARGA LIMPIA*KILO	kg	3.056	5,700.00	0.00*	17,419.00
025	012047	ZANAHORIA*KILO	kg	2.946	1,920.00	0.00*	5,656.00
026	006334	HABICHUELA*KILO	kg	1.404	7,580.00	0.00*	10,642.00
027	005570	ZAPALLO/AHUYAMA COMUN*KILO	kg	4.210	2,200.00	0.00*	9,262.00
028	032659	CILANTRO*UND PAQUETE	UND	4	750.00	0.00*	3,000.00
029	009552	HIERBAS*ATADO	UND	5	750.00	0.00*	3,750.00
* P A S A *							
Total de Registros: 029		Total Cantidades:		61.320			

Observaciones:	SUBTOTAL	232,251.00
	DESCUENTO	20,264.00
	IMPUESTOS	4,222.00
	RETENCIONES	
	TOTAL A PAGAR	216,209.00

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

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 Tecnológico: 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
Fecha de certificacion: 2026-01-15T14:26:00.
Firma digital: MBD1dKlGGPmp4rIIQpJ4TUI4chMLDmAOtqwvltQ1Z/Nm9RJ/3yO+se2mzUR0pkKUwpMH8HJcASMTemqX30miJM4FxxBAO6UvL1DKfCSCFr0+hcXM82eWgRdoEUx9FkJMt9OMIOvQ08Dg7uFePCvCwgXDEZGmKnHUH15DNwuiGshiKTIBynPsDmr+Rnn+YXJ56HXuYagaE4LEP5IFbPDBMJ5BU7LG5pwqM4QE2CCRa3AL5tVWuLEq/Gk1bIOgt+sXxuog+U1k5k1I6902F1IBbk7VCqrm0XCCb6fBCwCqJS9n56pA/01JNJSnhYMKMfjIXEjqlMWQcdZB70A==
Cufe:a8c7ad4947a4ddfa36b360933cf5a5fc0da9448ddfd8c92839c59c5a06ad67ac75a7048e4934cf80e6946bc40d15bela



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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero : 9XFE9801
Fecha : 2026-ENE-15 02:26 PM
Pagina : 03 de 03

Autorizacion de Facturacion No 18764103963317 de DIC-30-2025
Numeracion Autorizada Del 9XFE1 Al 9XFE999999 Vigencia DIC-30-2027
Vigencia en Meses: 24
CIU: 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 : 1005974762 PLAZA MONCALEANO SORANI VALENTINA
MONEDA : PESOS



Reg.	CODIGO	DESCRIPCION	U.M	CANT.	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
* V I E N E *							
030	009555	ARVEJA VERDE*KILO	kg	.990	12,700.00	0.00*	12,573.00
031	071841	DET FAB*3000g ULTRA FLASH	UND	1	22,950.00	19.00*	19,286.00
032	071841	DET FAB*3000g ULTRA FLASH	UND	1	22,950.00	19.00*	19,286.00
033	071345	JAB PURO*215g FUERZA AZUL	UND	1	1,500.00	19.00*	1,260.00

Total de Registros: 033 Total Cantidades: 65.310

Observaciones:	SUBTOTAL	420,532.00
	DESCUENTO	28,746.00
	IMPUESTOS	15,259.00
	RETENCIONES	0.00
	TOTAL A PAGAR	407,045.00

Valor Letras : CUATROCIENTOS SIETE MIL CUARENTA Y CINCO PESOS MCTE.

[D E T A L L E D E I M P U E S T O S]											
Impcto. %	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impcto. %	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Impcto. %	Vlr_Base	Vlr_Impto.	Tipo	Valor_Retencion	
EXCLUIDO	291,046	0	IVA 5	27,724	1,386	IVA 19	73,016	13,873	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
Fecha de certificacion: 2026-01-15T14:26:00.

Emisor

Recibo de la Factura

Firma digital: MBD1dKlGGPmp4rIIQpJ4TU14thMLDmAOtqwavlTQ1Z/Nm9BJ/3yO+se2mzUR0pkKUwpMH8HJcASMTemqX30miJM4FxxBAO6UvL1DKfCSCFr0+hcXM82sWgRdoEUx9FkJMt9OMIOvQ08Dg7uFePCvCwgXDEZGmQknHU
H15DNwuiGshiKTIBynPsDmr+Rnn+YXJ56HXuYagaE4lEP5IFbPDbMjSBU7LG5pwqM4QE2CCRa3AL5tVWuLEq/Gk1bIOgt+sxkuog+U1k5k1I6902F1IBbk7VCqrm0XCCb6fBCwCqJS9n56pA/0LJNJSnhYMKMfjIXEjqlMWQcdZB70A==
Cufe:a8c7ad4947a4ddfa36b360933cf5a5fc0da9448ddfd8c92839c59c5a06ad67ac75a7048e4934cf80e6946bc40d15bela

FUNDACION ARQUIDIOCESANA BANCO DE ALIMENTOS

NIT.: 805025018-0

CL 24 6 103

CALI

Tel: 8812066 Fax: 8812068

BONO DE DONACION

Numero: RM- 172091

Fecha : 2026-ENE-15

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 \$137,248 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 : \$1,235,232

Recibido

FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO**NIT 900196090-9****Estado de Resultados entre el 01/12/2025 y el 30/12/2025****Elaborado Bajo Normas Locales****DICIEMBRE****4 INGRESOS****41 OPERACIONALES****4170 OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS COMUNITARIOS, SOCIALES****417010 ACTIVIDADES DE ASOCIACION****41701001 DONACIONES BONOS**

ALIMENTOS LA CALI	1.000.000
ARANGO LOSADA ADRIANA SOFIA	200.000
CONTENINER SOLUCIONES	200.000
DISMOVEL	1.000.000
EDIFICIO ALCARAVAN	250.000
FELIGRESES VARIOS	4.660.000
LOEZ XMENA	50.000
LINCE COMERCIAL	210.000
LONDOÑO MARGARITA MARIA	600.000
MARIN LOPEZ ANA MARIA	150.000
MUNICIPIO DE PALMIRA	5.235.990
RODRIGUEZ SUSANA	150.000
ROJAS TRUJILLO NELLY	1.400.000
SINISTERRA DE CARVAJAL AMPARO	200.000
SUAREZ FRANCIA	200.000
OVALLE FERNANDO	800.000

Total 41701001 DONACIONES	16.305.990
Total 41 OPERACIONALES	16.305.990
Total 4 INGRESOS	16.305.990

5 GASTOS**51 OPERACIONALES DE ADMINISTRACION****5105 GASTOS DE PERSONAL****510506 SUELDOS**

ROMERO LUCRECIA	1.423.500
PARADA CAMACHO GLADYS PATRICIA	1.423.500
Total 510506 SUELDOS	2.847.000

510527 AUXILIO DE TRANSPORTE

ROMERO LUCRECIA	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, PRIMA	909.652
510530TOTAL PRIVISION DE PRESTACIONES	909.652

510551 DOTACION Y SUMINISTRO A TRABAJADORES**GASTOS DE MENOR CUANTIA**

EVACOL	56.200
Total 510551 DOTACION Y SUMINISTRO A TRABAJADORES	56.200

510568 APORTES A ADMINISTRADORAS DE RIESGOS

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	22.400
Total 510568 APORTES A ADMINISTRADORAS DE RIESGOS PROFESIONA	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/O CESANTIAS

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	170.820
Total 510570 APORTES A FONDOS DE PENSIONES Y/O CESANTIAS	170.820

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	5.048.592
--------------------------------------	------------------

5110 HONORARIOS

511035 ASESORIA TECNICA	
BRAYAN HERNANDEZ	140.000
Total 511035 ASESORIA TECNICA	140.000

Total 5110 HONORARIOS	280.000
-----------------------	---------

Total 5115 IMPUESTOS	-
----------------------	---

5130 SEGUROS

513060 RESPONSABILIDAD CIVIL Y EXTRA CONTRACTUAL	
SEGUROS DEL ESTADO	174.945
Total 513060 RESPONSABILIDAD CIVIL Y EXTRA CONTRACTUAL	174.945
Total 5130 SEGUROS	174.945

Total 513505 ASEO Y VIGILANCIA	-
--------------------------------	---

513510 TEMPORALES

ADVINCULA RAMOS YOLANDA	1.073.300
RIVERA CORDOBA MARIA NELLY	1.333.300

Total 513510 TEMPORALES	2.406.600
-------------------------	-----------

513520 PROCESAMIENTO ELECTRONICO DE DATOS

VALENCIA PEREZ JEFERSON	100.000
TENORIO PEÑA JULIAN	
Total 513520 PROCESAMIENTO ELECTRONICO DE DATOS	100.000

513525 ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO

EMPRESAS MUNICIPALES DE CALI E.I.C.E E.S.P	299.945
Total 513525 ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO	299.945

513530 ENERGIA ELECTRICA

CELSIA COLOMBIA SA ESP	808.270
Total 513530 ENERGIA ELECTRICA	808.270

513535 TELEFONO

51353501 TELEFONO GRAVADO	
COLOMBIA TELECOMUNICACIONES S.A E.S.P	41.990
CONECTATE A MI RED SAS	95.200
Total 51353501 TELEFONO GRAVADO	137.190

513550 TRANSPORTE, FLETES Y ACARREOS

OSORIO FERNANDO	20.000
PARADA CAMACHO GLADYS PATRICIA	192.500
ROMERO LUCRECIA	66.000
Total 513550 TRANSPORTE, FLETES Y ACARREOS	212.500

513555 GAS

GASES DE OCCIDENTE	121.941
TOTAL 513555 GAS	121.941

Total 5135 SERVICIOS	4.086.446
-----------------------------	------------------

519530 UTILES, PAPELERIA Y FOTOCOPIAS

51953001 PAPELERIA	
UNIDAD ADM ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES	43.000
Total 51953001 PAPELERIA	43.000

Total 519530 UTILES, PAPELERIA Y FOTOCOPIAS	43.000
--	---------------

519560 CASINO Y RESTAURANTE

CALDERON URIBE LUZ ANGELICA	109.228
COMERCIALIZADORA FLORALIA S.A.	863.052
FUNDACION ARQUIDIOCESANA BANCO DE ALIMENTOS	530.154
ARBELAEZ JUAN GULLERMO	70.000
ALLEJO GIRON ANDRES	
Total 519560 CASINO Y RESTAURANTE	1.572.434

519595 OTROS

PARADA GLADYS PATRICIA	220.000
Total 519595 OTROS	220.000
Total 5195 DIVERSOS	1.835.434
Total 51 OPERACIONALES DE ADMINISTRACION	11.250.472

53 NO OPERACIONALES

530505 GASTOS BANCARIOS	224.335
530505 4 POR MIL	62.032
TOTAL GASTOS BANCARIOS	286.367

Total 531520 IMPUESTOS ASUMIDOS	-
Total 5315 GASTOS EXTRAORDINARIOS	-
Total 53 NO OPERACIONALES	286.367
Total 5 GASTOS	11.536.839

Utilidad del Ejercicio	4.769.151
-------------------------------	------------------



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

INFORME TÉCNICO DE AVANCE
FUNDACIÓN HOGAR CRISTO RESUCITADO
ENERO 2026

CONTRATO/CONVENIO	MP – C-SIS 024-2025
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
POBLACIÓN BENEFICIARIA	10 Adultas mayores alojados en el Asilo de Ancianos, en condiciones de vulnerabilidad, la población que atendemos son personas de bajos recursos, con baja o nula red de apoyo Familiar y/o social, del régimen subsidiado en salud, y que por circunstancias de abandono pernoctan y son atendidos por nuestro equipo humano, de los cuales podemos mencionar Auxiliares de Enfermería, cuidadores, Manipuladoras de alimentos, Psicólogos, fisioterapeutas, entre otros que realizan la atención integral a los adultos mayores que albergamos aquí; Nuestros beneficiarios no cuentan con recursos económicos, y en algunos casos son personas que se han identificado como habitantes de calle, las edades oscilan entre los 70 y los 90 años algunos en condiciones de deterioro tanto físico como mental.
SERVICIOS OFRECIDOS	El presente informe detalla los componentes y actividades financiadas a través del Convenio MP-C-SIS 024 2025, Los recursos asignados se han invertido en las siguientes áreas clave para el bienestar de los adultos mayores: Alimentación- Atención básica en salud - Atención psicosocial - Actividades recreativas y deportivas - Adquisición de insumos para botiquín - elementos de aseo y bioseguridad - Celebraciones especiales. Es importante destacar que algunas actividades se llevan a cabo de forma individual y/o grupal, adaptándose al estado físico y mental de cada adulto mayor. Los profesionales a cargo determinan la modalidad según las necesidades específicas de cada persona. Las evidencias que se presentan a continuación corresponden a las actividades mensuales que el equipo de trabajo desarrolla cotidianamente, brindando atención permanente las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las acciones se realizan en estricto cumplimiento de los estándares legales establecidos para el cuidado de los adultos mayores en centros de atención, según lo dispuesto en la Ley 1276 de 2009 y la Resolución 055 de 2018.

FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO - MINUTA ALIMENTARIA

MES		ENERO	DIA																														
			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	27	28	29	30	31
DESAYUNO	Huevos Diferentes Presentaciones	Revueltos			1			1		1							1		1		1												
		Pericos	1	1		1					1		1	1	1		1		1		1	1											
		Omelet Con Maicitos																															
		Frito en agua																															
		Tortilla																															
		Caldo con huevo Cocido					1		1			1																					
	Acompañamiento Solido	Huevos con Espinaca																															
		Arepa de Avena	1	1						1				1		1			1	1		1											
		Arepa de Maiz			1	1	1	1	1		1	1		1		1	1				1		1										
		galletas																															
		Pan																															
		Sandwich de Queso																															
		Pandebono																															
		Buñuelo																															
		Queso Campesino																															
		avena en leche	1											1																			
		agua panela		1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1									
		Chocolate										1																					
		Jugo de Frutas																															
		Colada de Avena																															
MERIENDA MAÑANA	Bebida	Jugo de Frutas		1	1	1		1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1											
		Fruta																				1											
		avena en leche	1										1																				
		Vaso de Leche de Vaca, almendras, soya										1																					
	Con	Yogurth con Granola																															
		Gelatina					1		1																								
Ponque																																	
Torta																																	
Galletas																																	
ALMUERZO	Sopas Preferible mente con Patas de Pollo	Sopa de Verduras			1									1		1					1	1											
		Sopa de Fideos		1		1	1			1		1						1	1														
		Ajiaco																															
	Proteína	Sancocho									1				1													1					
		Carne Molida			1					1					1		1		1	1	1												
		Carne Desmechada	1											1									1										
		Pescado									1													1									
		Pollo Desmechado		1		1	1	1							1		1																
		Spaguetti con Pollo Desmechado							1																								
	Principio	Arroz con Pollo										1																					
		Lenteja	1					1			1		1											1									
		Alverja																															
		Habichuela																															
		Frijoles Rojo									1								1	1													
		Frijol Blanco																															
	Acompañamiento	Huyucos																															
		Verduras Salteadas													1																		
		Arroz	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
		Maduro	1				1	1	1		1		1	1						1				1									
	Jugo de Frutas	Yuca Cocida																															
		Aguacate o Maduro																															
		Aguacate				1							1				1			1	1												
		Guayaba																					1										
		Naranja																															
		Limon				1											1					1											
		Mora	1										1	1				1					1										
		tomate de arbol								1										1													
		Banano								1									1														
		piña																															
		fresa																															
		Mango		1		1	1	1			1				1		1							1									
		papaya																															
		lulo													1																		
	uva																																
MEDIA TARDE		Batido de Frutas	1		1			1	1		1	1		1		1				1		1											
		Galletas									1												1										
		agua panela																															
		Gelatina																															
		pan																															
		Frutas								1	1								1			1											
		Batido de Avena		1		1	1							1		1		1		1													
		pastel			1													1			1												
		Cremas de Zapallo													1																		
		Frijoles Rojo																															
CENA	Cremas	Crema de fideos	1	1	1									1	1					1											1		
		Crema de verduras					1						1										1										
		Crema de Zanahoria									1													1									
		Crema de Choclo																															
		crema de pollo									1								1	1													
		Crema de Espinaca								1																							
		Crrema de arracacho																															



EVOLUCIÓN PSICOLOGICA

Datos generales:



Datos personales

Nombre: Mercedes Marín

Sexo: Femenino

Edad: 95 años

Ocupación: No Aplica

Fecha de nacimiento: 7 de Julio 1929

Fecha de evaluación: 15 enero de 2026

Estado civil: Soltera

Dirección: Trasversal 2 calle 3 N- 51

Limitaciones Físicas/cognitivas: Artritis

AREA EMOCIONAL:

Iniciando este nuevo año, Mercedes suele mostrarse cercana y comprensiva, destacándose por su trato cordial y una disposición generalmente positiva. Mantiene un buen equilibrio emocional, el cual se evidencia en diferentes contextos de interacción. Tanto en espacios de trabajo grupal como en encuentros individuales con la profesional de psicología, se presenta serena, coherente y con capacidad de reflexión.

AREA COGNITIVA:

Mercedes se caracteriza por su agudeza mental y su capacidad para procesar la información con rapidez, aspectos que se manifiestan de forma sostenida en su vida cotidiana. Estas competencias se hacen especialmente visibles en su manera de expresarse, clara y bien articulada, lo que favorece una participación activa y pertinente en distintas instancias de diálogo y trabajo, tanto a nivel grupal como individual.

AREA COMUNICATIVA:

Mercedes demuestra de manera sostenida una sólida competencia comunicativa, manifestándose a través de un discurso ordenado, comprensible y continuo. Su uso del lenguaje es adecuado y eficiente, destacándose por la claridad y coherencia en la



expresión de ideas, lo que da cuenta de un buen nivel de desarrollo lingüístico. En los diferentes espacios de interacción, tanto formales como cotidianos, su comunicación verbal no presenta inconvenientes.

AREA SOCIAL:

Mercedes contribuye de forma significativa al establecimiento de un ambiente de convivencia positivo, sustentado en valores como el respeto mutuo, la colaboración y la buena armonía. Su disposición emocional, caracterizada por una actitud alegre y entusiasta, aporta una presencia cercana y estimulante en los espacios que comparte, generando un impacto favorable en la dinámica grupal.

OBSERVACION DE RUTINA GENERAL:

Mercedes se distingue por una disposición tranquila, comprensiva y emocionalmente estable, aspectos que resultan clave para una convivencia diaria adecuada. Su forma de relacionarse, marcada por la reflexión y la constancia, ha facilitado de manera significativa su adaptación al entorno residencial, promoviendo relaciones sustentadas en el respeto y la valoración recíproca.

FACTORES DE RIESGO:

Artritis Severa

FACTORES PROTECTORES:

Mercedes evidencia una gran habilidad para establecer y sostener vínculos afectuosos, estables y de buena calidad, tanto con el equipo de cuidado como con las demás residentes. Esto refleja un entorno social saludable, en el que se desenvuelve con naturalidad y comodidad.

Seguimiento:

Mercedes se caracteriza por una marcada capacidad de comunicación empática, que le permite expresar pensamientos y emociones de forma clara, respetuosa y receptiva. Esta habilidad favorece la construcción de lazos afectivos sólidos y significativos con quienes la rodean. Su manera de vincularse, tanto a través de la palabra como de sus gestos y actitudes, contribuye a fortalecer su red de relaciones en el entorno residencial, haciendo que su presencia sea altamente valorada. Su estilo comunicativo se distingue por la cercanía y la calidez, promoviendo una convivencia basada en la confianza, el respeto mutuo y una conexión emocional genuina.



EVOLUCIÓN PSICOLOGICA

Datos generales:



Datos personales

Nombre: Rosa Meliá Vivas

Sexo: Femenino

Edad: 96 años

Ocupación: No Aplica

Fecha de nacimiento: 10 julio 1928

Fecha de evaluación: 15 enero de 2026

Estado civil: Soltera

Dirección: Trasversal 2 calle 3 N- 51

Limitaciones físicas / cognitivas: Visión

Reducida, dolor en las piernas

AREA EMOCIONAL:

A lo largo de este nuevo año,, Rosa ha mostrado un ánimo equilibrado y sostenido, sin evidenciar fluctuaciones relevantes que den cuenta de desajustes emocionales. Esta estabilidad pone de manifiesto su capacidad para gestionar adecuadamente sus emociones y mantener un estado interno de bienestar. Dicho equilibrio se refleja tanto en su desempeño cotidiano como en la manera en que interactúa con las personas de su entorno.

AREA COGNITIVA:

Durante el período de observación, Rosa ha presentado un equilibrio emocional constante, sin registrarse fluctuaciones significativas que indiquen alteraciones en el plano afectivo. Su estado de ánimo se ha mantenido uniforme, evidenciando una adecuada capacidad de autorregulación y de sostener un bienestar interno estable. Este equilibrio se refleja tanto en su conducta diaria como en la forma en que construye sus vínculos y en la disposición positiva con la que enfrenta las diversas situaciones de la vida cotidiana.



AREA COMUNICATIVA:

Rosa se distingue por una competencia comunicativa firme y bien desarrollada, que se manifiesta en un discurso ordenado, claro y adecuado a las distintas situaciones. Su uso del lenguaje, preciso y oportuno, le permite desenvolverse con fluidez en los intercambios tanto con sus pares como con el equipo profesional. Esta capacidad expresiva favorece una comunicación comprensible y bidireccional, al tiempo que contribuye al fortalecimiento de vínculos basados en el respeto y la valoración mutua.

AREA SOCIAL:

A lo largo de este inicio de año, Rosa ha mantenido un equilibrio emocional consistente, sin presentarse variaciones significativas que sugieran alteraciones en el plano afectivo. Su estado de ánimo se ha mostrado estable y adecuado, dando cuenta de una buena capacidad de autorregulación y de un bienestar interno sostenido. Esta estabilidad se refleja tanto en su desempeño cotidiano como en la manera en que establece sus relaciones y afronta, con una actitud positiva, las diversas situaciones de la vida diaria..

OBSERVACION DE RUTINA GENERAL:

Rosa enfrenta su día a día con una actitud optimista y llena de esperanza, lo que demuestra una percepción favorable de su entorno y un adecuado equilibrio emocional. Esta disposición positiva se observa en sus expresiones habituales, en la forma en que se relaciona con las personas que la acompañan y en su interés por participar activamente en las actividades del hogar.

FACTORES DE RIESGO:

Presión alta, dolor en las piernas

FACTORES PROTECTORES:

Se alimenta bien, duerme bien, menciona que le gusta comer y tener apetito, está feliz en el hogar y tener buena relación con sus compañeras, pero mejor relación tiene con sus cuidadoras.

Seguimiento:

En cada instancia, tanto individual como grupal, Rosa adopta una postura abierta y cooperativa, caracterizada por su permanente disposición al intercambio y su interés genuino por relacionarse con quienes la rodean. Esta modalidad de participación, cercana y auténtica, aporta de manera significativa a su presencia en los espacios terapéuticos y comunitarios, al tiempo que favorece la creación y el fortalecimiento de vínculos sólidos dentro de la fundación.



EVOLUCIÓN PSICOLOGICA

Datos generales:



Datos personales

Nombre: María Resurrección Balcázar

Sexo: Femenino

Edad: 88 Años

Ocupación: No Aplica

Fecha de nacimiento: 1 Agosto 1936

Fecha de evaluación: 15 enero de 2026

Estado civil: Viuda

Dirección: Trasversal 2 calle 3 N- 51

Limitaciones físicas/ cognitivas: Antecedentes de Meningitis, Falta de audición y habla, hipertensa

AREA EMOCIONAL:

Iniciando el año, María se distingue por un trato cordial y respetuoso en sus interacciones diarias, lo que aporta a la creación de un clima social acogedor y positivo. Su actitud abierta y accesible hacia quienes la rodean favorece el establecimiento de relaciones significativas y contribuye a una integración armónica dentro de la dinámica comunitaria del hogar.

AREA COGNITIVA:

María manifiesta de manera constante una actitud optimista, cordial y coherente, lo que se traduce en una presencia positiva en sus vínculos cotidianos. Esta disposición se evidencia en la forma en que expresa sus emociones y en la congruencia entre su lenguaje verbal y no verbal, transmitiendo autenticidad y favoreciendo relaciones sustentadas en la confianza, la cercanía y un clima armónico.



AREA COMUNICATIVA:

A pesar de las limitaciones asociadas a su discapacidad auditiva y del habla, María se distingue por una destacada capacidad para comunicarse de manera clara y efectiva a través del lenguaje de señas. Su dominio fluido y preciso de este medio le permite expresar con facilidad pensamientos, emociones y necesidades, promoviendo intercambios significativos y enriquecedores con las personas de su entorno.

AREA SOCIAL:

María evidencia una sólida competencia comunicativa mediante el uso del lenguaje de señas, el cual emplea de forma clara, precisa y funcional. Esta habilidad le permite transmitir de manera adecuada sus pensamientos, emociones y necesidades, favoreciendo intercambios fluidos y comprensibles con quienes la rodean. Su dominio de la comunicación no verbal no solo da cuenta de un desarrollo funcional adecuado, sino también de una comprensión significativa del lenguaje como herramienta de vinculación y de participación activa en la dinámica comunitaria del hogar.

OBSERVACION DE RUTINA GENERAL:

María enfrenta su quehacer cotidiano con una disposición marcadamente positiva, definida por un optimismo constante y una apertura genuina frente a las distintas situaciones. Esta actitud se manifiesta en una presencia serena y motivadora, que favorece su bienestar emocional y contribuye a crear un clima de convivencia más armónico y agradable para quienes la rodean.

FACTORES DE RIESGO:

Hipertensa

FACTORES PROTECTORES:

Come bien, se alimenta bien, hace entender que está a gusto en el hogar,

Seguimiento:

María se distingue por sostener una actitud positiva y una constante disposición a colaborar y compartir con las personas de su entorno, lo que fortalece el sentido de comunidad y promueve un ambiente afectivo y armónico. Su manera abierta y participativa de vincularse evidencia un interés genuino por integrarse activamente a la vida institucional, así como una destacada capacidad para establecer lazos significativos a través de las interacciones cotidianas.



EVOLUCIÓN PSICOLOGICA

Datos generales:



Datos personales

Nombre: María Aurora Arteaga

Sexo: Femenino

Edad: 64 Años

Ocupación: No Aplica

Fecha de nacimiento: 20 de Diciembre 1959

Fecha de evaluación: 15 enero de 2026

Estado civil: Separada

Dirección: Trasversal 2 calle 3 N- 51

Limitaciones físicas/ cognitivas:

AREA EMOCIONAL:

Aurora presenta un adecuado equilibrio emocional, manteniendo un ánimo estable y una buena capacidad de regulación afectiva en su vida cotidiana. A esta estabilidad se suma una disposición alegre y cercana, manifestada en su interés genuino por el bienestar de las personas de su entorno, a quienes suele consultar por su estado emocional con actitud empática. Esta combinación de solidez emocional, calidez y sensibilidad favorece un clima relacional positivo y la construcción de vínculos sustentados en el respeto y el afecto.

AREA COGNITIVA:

Aurora demuestra una correcta orientación en tiempo y espacio, evidenciando claridad para identificar el momento del día, la fecha y el lugar en el que se encuentra. Esta habilidad refleja una percepción adecuada de su entorno y un buen desempeño cognitivo en funciones como la atención, la memoria y la conciencia situacional. Asimismo, se muestra atenta al transcurso del tiempo, recordando de manera autónoma los horarios de su medicación, lo que destaca su nivel de organización y favorece su autonomía en la vida diaria.

AREA COMUNICATIVA:



Aurora destaca por su facilidad para entablar y mantener conversaciones de manera espontánea, natural y fluida, tanto con el personal de cuidado como con sus compañeras. Esta soltura al comunicarse refleja un buen nivel de conservación de sus habilidades lingüísticas y cognitivas, además de una actitud abierta, receptiva y acompañada de un auténtico interés por vincularse con las personas de su entorno

AREA SOCIAL:

Aurora ha logrado construir relaciones sólidas, positivas y significativas tanto con el equipo de cuidadoras como con sus compañeras de residencia. Su incorporación al entorno institucional se ha desarrollado de manera abierta, colaborativa y respetuosa, favoreciendo una adaptación gradual y armónica a las dinámicas del hogar. Asimismo, se muestra muy sociable, disfrutando de los espacios de diálogo, el compartir cotidiano y la participación activa en la vida grupal.

OBSERVACION DE RUTINA GENERAL:

Aurora ha construido relaciones afectivas y positivas tanto con el personal de cuidado como con sus compañeras de residencia, lo que da cuenta de una buena capacidad de adaptación y de una disposición abierta a la convivencia. Desde su ingreso al hogar, ha mostrado una participación activa en su integración social, favoreciendo vínculos basados en el respeto, la cordialidad y la colaboración.

FACTORES DE RIESGO:

FACTORES PROTECTORES:

Duerme bien, come bien y está a gusto de estar en el hogar

Seguimiento:

Aurora muestra una plena adaptación al entorno residencial, desenvolviéndose con serenidad, gratitud y una disposición constantemente positiva. Manifiesta de forma abierta el aprecio que siente por el cuidado y el afecto recibidos por parte del equipo de cuidadoras, lo que fortalece su bienestar y su sensación de seguridad emocional. Asimismo, mantiene una actitud empática permanente, caracterizándose por su amabilidad y atención hacia los demás, aportando calidez y armonía a la convivencia cotidiana.



EVOLUCIÓN PSICOLOGICA

Datos generales:



Datos personales

Nombre: Yolanda Rentería

Sexo: Femenino

Edad: 80 Años

Ocupación: No Aplica

Fecha de nacimiento: 3 de Abril 1944

Fecha de evaluación: 15 enero de 2026

Estado civil: Separada

Dirección: Trasversal 2 calle 3 N- 51

Limitaciones físicas/ cognitivas: Mudismo

AREA EMOCIONAL:

Yolanda, aunque no utiliza el lenguaje verbal como principal medio de comunicación, evidencia una destacada capacidad para percibir los sonidos y una actitud atenta frente a los estímulos auditivos de su entorno. Asimismo, se caracteriza por una personalidad alegre, entusiasta y cordial, cualidades que hacen de su presencia un aporte activo, cercano y significativo en la dinámica cotidiana del hogar.

AREA COGNITIVA:

Yolanda se distingue por la vitalidad y el entusiasmo con los que participa en las distintas actividades del hogar. Su involucramiento es permanente y se manifiesta tanto en la colaboración con el equipo de cuidadoras como en la forma en que interactúa con sus compañeras. Esta disposición pone de relieve no solo una buena fortaleza física, sino también un equilibrio emocional sostenido y una actitud afectiva positiva que aportan de manera significativa a la armonía y calidad de la convivencia cotidiana.

AREA COMUNICATIVA:

Si bien Yolanda no utiliza el lenguaje verbal como principal forma de comunicación, ha desarrollado un sistema no verbal altamente eficaz, basado en gestos, señas y una expresividad facial rica y expresiva. Esta capacidad le permite comunicar con claridad



sus pensamientos, emociones y necesidades, favoreciendo interacciones fluidas, comprensibles y significativas en su vida cotidiana.

AREA SOCIAL:

Yolanda ha establecido relaciones interpersonales sólidas y saludables, basadas en la cordialidad, la cercanía y el respeto mutuo, tanto con el equipo de cuidadoras como con sus compañeras de residencia. Su forma de vincularse refleja un estilo relacional positivo, caracterizado por la armonía, la empatía y una actitud proactiva frente a la convivencia.

OBSERVACION DE RUTINA GENERAL:

Yolanda ha logrado formar relaciones sólidas y significativas tanto con el equipo de cuidadoras como con sus compañeras de residencia. Estos vínculos, basados en el respeto, la confianza y el afecto, representan un pilar fundamental de su bienestar cotidiano, brindándole una red de apoyo emocional y social que favorece su integración y refuerza su sensación de seguridad dentro del hogar.

FACTORES DE RIESGO:

FACTORES PROTECTORES:

Duerme bien, come bien y está a gusto de estar en el hogar

Seguimiento:

Yolanda muestra un nivel de integración muy elevado en su entorno, evidenciando una adaptación completa, satisfacción personal y una estabilidad emocional constante. Su participación en la vida diaria destaca por una actitud activa y entusiasta, cualidades que se convierten en pilares de su bienestar y que revelan su compromiso con una dinámica comunitaria fortalecida por vínculos sólidos y significativos.



EVOLUCIÓN PSICOLOGICA

Datos generales:



Datos personales

Nombre: Lucy Estela González Torres

Sexo: Femenino

Edad: 80 Años

Ocupación: No Aplica

Fecha de nacimiento: 16 de marzo de 1945

Fecha de evaluación: 15 enero de 2026

Estado civil:

Dirección: Trasversal 2 calle 3 N- 51

Limitaciones físicas/ cognitivas:

AREA EMOCIONAL:

Lucy se distingue por un temperamento tranquilo y equilibrado, que se manifiesta en la manera serena y reflexiva con la que aborda su vida cotidiana. Su presencia aporta estabilidad emocional y favorece un clima de confianza y bienestar tanto para sus compañeras como para el personal de la fundación.

Asimismo, transmite seguridad y confianza en sí misma, lo que incide positivamente en su forma de relacionarse con el entorno. A esto se suma su actitud atenta y considerada hacia las demás personas, rasgo que refuerza la calidad de sus vínculos.

AREA COGNITIVA:

Lucy presenta un adecuado funcionamiento cognitivo, el cual se evidencia de manera sostenida en la calidad de las interacciones que establece con las personas de su entorno. Su capacidad para comunicarse de forma clara, coherente y pertinente en cada intercambio refleja una buena organización del pensamiento, así como una comprensión ajustada del contexto y de las dinámicas sociales que la rodean.

AREA COMUNICATIVA:



Lucy se distingue por la solidez de sus vínculos comunicativos, caracterizados por el respeto, la cordialidad y una especial sensibilidad frente a las necesidades y emociones de quienes la rodean. Su manera de relacionarse se sustenta en una actitud abierta y constante, reflejada en su disposición a mantener diálogos atentos y equilibrados, donde la escucha activa y las respuestas reflexivas tienen un rol central.

AREA SOCIAL:

Lucy se caracteriza por un temperamento sereno y equilibrado, que contribuye a generar un ambiente de calma y armonía en los espacios que comparte. Su disposición, basada en una empatía auténtica y una sensibilidad especial hacia las emociones de los demás, facilita la construcción de vínculos cercanos y sustentados en la confianza. Asimismo, su permanente actitud de apoyo, expresada desde la amabilidad y el respeto, la posiciona como una persona accesible y valorada, reconocida por su calidez humana y por su capacidad de escuchar de manera atenta y comprensiva..

OBSERVACION DE RUTINA GENERAL:

Lucy manifiesta un alto nivel de bienestar en su hogar, donde ha logrado adaptarse plenamente al entorno y se muestra cómoda con las personas que la acompañan.

FACTORES DE RIESGO:

FACTORES PROTECTORES:

Duerme bien, come bien y está a gusto de estar en el hogar

Seguimiento:

Lucy ha logrado una integración plena y armónica en la dinámica del hogar, desenvolviéndose con naturalidad y confianza en un entorno que percibe como cercano, contenedor y afectivo. Su forma de vincularse en la vida cotidiana evidencia un buen nivel de bienestar personal, reflejado en la calidez y la actitud positiva con la que interactúa con quienes la rodean.



EVOLUCIÓN PSICOLOGICA

Datos generales:

Datos personales



Nombre: Nelly Rojas Trujillo

Sexo: Femenino

Edad: 84 Años

Ocupación: No Aplica

Fecha de nacimiento: 16 de marzo de 1945

Fecha de evaluación: 15 enero de 2026

Estado civil:

Dirección: Trasversal 2 calle 3 N- 51

Limitaciones físicas/ cognitivas: Demencia

AREA EMOCIONAL:

Nelly se distingue por una actitud alegre y vital, que da cuenta de una estabilidad emocional sólida y de una buena adaptación a su rutina diaria. Su optimismo constante y genuino se traduce en una presencia serena, capaz de transmitir calma y de aportar positivamente al bienestar general del entorno.

AREA COGNITIVA:

Nelly demuestra una firme determinación por mantenerse activa y avanzar en su proceso personal. Aun frente a las limitaciones asociadas a su condición de salud, ha logrado recuperar parte de su autonomía en la movilidad, reduciendo la necesidad de asistencia constante. Este avance evidencia un esfuerzo sostenido y una fuerte voluntad de superación, reflejando un espíritu resiliente y un compromiso claro con su bienestar integral.

AREA COMUNICATIVA:

Si bien presenta algunas dificultades en la comunicación verbal, Nelly participa activamente en la vida cotidiana del hogar y mantiene una presencia constante en las



actividades compartidas. Su interés por vincularse con los demás se manifiesta a través de gestos, expresiones faciales y posturas corporales que le permiten transmitir con claridad sus emociones y necesidades. A través de estos recursos no verbales, expresa un genuino deseo de interactuar y hacerse comprender, aportando energía, vitalidad y una calidez particular al entorno diario.

AREA SOCIAL:

Nelly mantiene de manera sostenida una disposición positiva, incluso frente a los desafíos asociados a su condición. Aunque no utiliza el lenguaje verbal como medio de comunicación, logra expresar con claridad sus emociones e ideas mediante gestos y señas, evidenciando una destacada capacidad para establecer vínculos significativos con las personas de su entorno. Su alegría, auténtica y espontánea, transmite calidez, vitalidad y optimismo, convirtiendo su presencia en un aporte valioso para la armonía y el bienestar de la convivencia cotidiana.

OBSERVACION DE RUTINA GENERAL:

Nelly ha logrado una adaptación plena al hogar, disfrutando de un ambiente en el que se siente protegida, acompañada y contenta. Su integración se ha dado de manera espontánea y armoniosa, permitiéndole establecer vínculos cercanos y afectuosos tanto con sus compañeras como con el personal de cuidado. El trato atento, cariñoso y amable que recibe le permite vivir el hogar como un espacio cálido y significativo, donde se siente respetada, valorada y completamente acompañada.

FACTORES DE RIESGO:

FACTORES PROTECTORES:

Duerme bien, come bien y está a gusto de estar en el hogar

Seguimiento:

Nelly se caracteriza por un espíritu alegre y dinámico, claramente perceptible en su vida cotidiana. Si bien presenta limitaciones en el lenguaje verbal, utiliza de manera eficaz gestos y señas para comunicarse, evidenciando un interés constante por interactuar y establecer vínculos cercanos con quienes la rodean. Su entusiasmo, sumado a su permanente disposición a participar en las actividades diarias, fortalece los lazos afectivos y aporta de forma significativa a la creación de un ambiente cálido, positivo y armónico dentro del hogar.



INFORME DE AVANCE No. 9
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



DESAYUNOS

REFRIGERIO A.M





ALMUERZO



REFRIGERIO P.M.



CENA

CONGELADOR

DONADO POR LA SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL



NEVERAS





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) días del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

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

102023735 - 10/12/2024
FECHA REGISTRO



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 River





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.

VISITA HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO Y EVIDENCIA DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

FORMATO		FR14-GAT		
Versión 08		Página 1 de 1		
NIT: 816000316-8 RNP: 7352003229		Fecha Emisión: _____ Fecha Revisión: Febrero 2023 Fecha Actualización: Febrero 2023		
RECETARIO MEDICO				
Centro o Puesto de Salud	la Dolores	Fecha	26/01/2023	
Tipo de Identificación:	Número: 20.677.343	Régimen	C	
Nombres y Apellidos	Moná Reuneros Balcaraz Ospina	Edad	80 años	
Sexo	F	Sexo	M	
RI		Presentación Farmacológica	Dosis	
		Frecuencia	Vía Administración	
		Período Tratamiento	Cantidad Total (Unidad)	
Simvastatina tableta	20mg	1 chun	Oral	90
Hydrochlorothiazide tableta	25mg	1 chun	Oral	90
Levothyroxine tableta	20mg	1 chun	Oral	90
Pantoprazol tableta	40mg	1 chun	Oral	90
Clonidine topico	12	1 chun	Oral	90
Clonidine topico	12	1 chun	Oral	90
Diagnostico (DX)	MD. DR. A. V. V.			
10X - E039 - P32	2/3	14 FEB 2023		

Centro 20 a 50-51 Párrafo Villa del Duque
Tel: (002) 5900191 e-mail: vps@hospitallabueno.gov.co
www.hospitallabueno.gov.co

FUNDACION		REGISTRO DE APLICACION DE MEDICAMENTOS		Código: OR-CBA-001 Versión: 1 Fecha: 01/09/2025	
NOMBRE, APELLIDO, CEDULA	HARRIS Mercedes Harin Lopez. c. 38 995 447.				
FECHA INICIO	DESDE:	22/12/23	HASTA:	28/12/23	
Medicamento	Dosis	Via	Horario	M	T
Omeprazol	1 pastilla	v/o	7am	x	x
Empagliflozina	1 pastilla	v/o	7am	x	x
Sulfato de Fosforo	1 pastilla	v/o	9am	x	x
Acetaminofen	1 pastilla	v/o	9am	x	x
Quelidol	1 pastilla	v/o	5pm	x	x
OBSERVACIONES:					
ENTREGA:	Lucia Pantoja				
RECIBE:	Patricia Pantoja				



Ultima Visita : ENERO 8 DE 2026
Próxima Visita : ABRIL DE 2026



OBLIGACION No. 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



Acceso Principal



Sala



Comedor Audio



Habitacion Izquierda



Habitacion Derecha



Patio



Salon Comunal

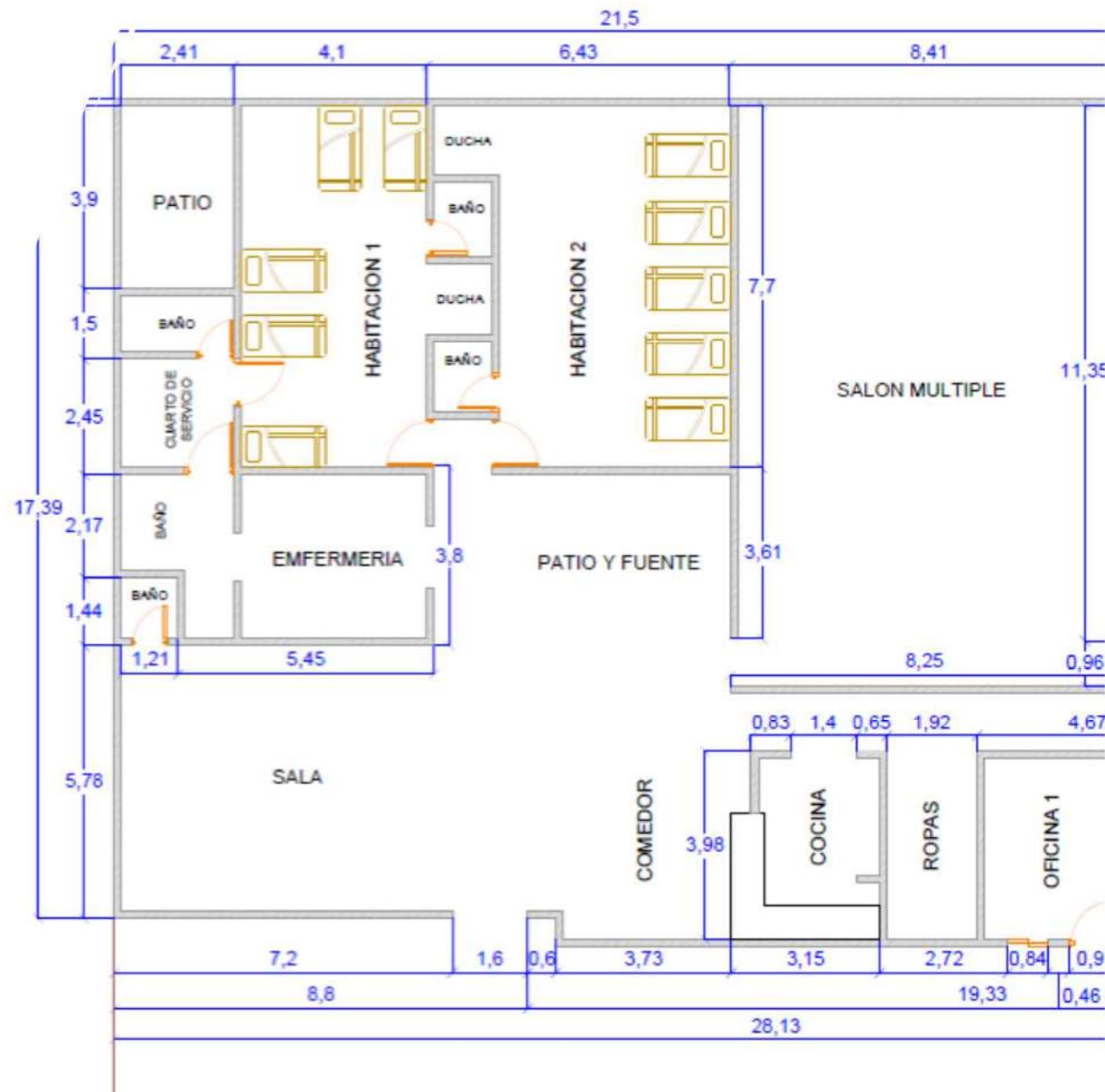
VISION DE LAS SIETE (7)
CAMARAS MONITOREADAS



OBLIGACION No. 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.

PLANO CBA FUNDACION CRISTO RESUCITADO



HABITACIONES



BAÑOS

ANTES



DESPUES



Estrenando Gabinetes en los baños

En los baños se cuenta con Barras de Seguridad, de acero inoxidable

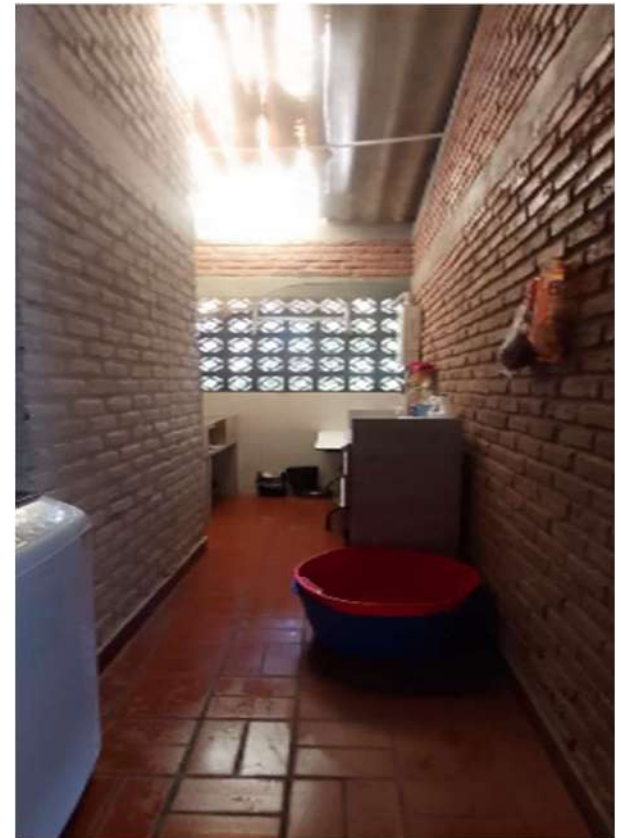


ENFERMERIA

AREA DE ACTIVIDADES LUDICAS



PATIOS DE ROPAS





OBLIGACION No. 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.



República de Colombia
Departamento del Valle del Cauca
Alcaldía Municipal de Palmira
SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCIÓN

TRD-190.1.03.02.00000001.4.2025000019

RESOLUCIÓN No. 19

“POR MEDIO LA CUAL SE OTORGA AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO AL CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL “FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO” PARA EL ADULTO MAYOR”

Dado en el Despacho de la secretaria de Salud del municipio de Palmira – Valle del Cauca, a los (04) días del mes de marzo de 2025.

COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.



JOHN JAIRO SATIZABAL MENA
Secretario de Salud Municipal



FISIOTERAPIA- Brayan Hernandez

ACOMPANAMIENTO ESPIRITUAL - Misa Dominical



VISITA VOLUNTARIAS –SESION DE CORTE DE CABELLO



VISITA FAMILIARES Y AMIGOS





OBLIGACION No. 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

COLABORADORAS

Cuidadoras de las Adultas Mayores

Coordinadora
PATRICIA PARADA
Auxiliar de Enfermería



Trabajadora de Servicio Domestico
LUCRECIA ROMERO



Trabajadora de Servicio Domestico
YOLANDA ADVINCULA



Están afiliadas al Sistema de seguridad social integral, salud, pensión y riesgos profesionales, aportes parafiscales, caja de compensación familiar, SENA e ICBF

REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

Municipio de Santiago de Cali



INSTITUTO DE CAPACITACIÓN NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Licencia de funcionamiento. Resolución 4143.0.21.5775 de 29 de julio 2014 Expedida por la Secretaría de Educación del Municipio de Santiago de Cali

**OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL
COMO TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN**

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

A

GLADYS PATRICIA PARADA CAMACHO

C.C. 37391651

De Cúcuta (Norte de Santander)

QUIEN ALCANZÓ SATISFACTORIAMENTE LAS COMPETENCIAS ESTABLECIDAS EN EL PROGRAMA DE FORMACIÓN LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Con Registro Resolución N° 4143.010.21.0.10358 de diciembre 30 de 2019 expedida por la Secretaría de Educación del Municipio de Santiago de Cali

Intensidad horaria de 1800 horas teórico - práctico

INSTITUTO DE CAPACITACIÓN
NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA



DORA YIRLEAN SANCHEZ ESCOBAR



INSTITUTO DE CAPACITACIÓN
NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA

DORA YIRLEAN SANCHEZ ESCOBAR

Dado en el Municipio de Santiago de Cali, día 30 mes 10 año 2023.



El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015

otorga

Certificado de Competencia Laboral a

GLADYS PATRICIA PARADA CAMACHO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 37391651

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

**Cuidar personas según protocolos de actividades básicas cotidianas y grado de autonomía - NIVEL
INTERMEDIO**

Código: 230101296 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en PALMIRA, A los catorce (14) días del mes de Julio de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

2453789 - 14/07/2025
No Y FECHA REGISTRO

FANNY MARCELA GARCIA DAVILA
Subdirectora (E) CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

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 954400230101296251CC37391651C.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga

Certificado de Competencia Laboral a

YOLANDA ADVINCULA RAMOS

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 25498247

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

**Cuidar personas según protocolos de actividades básicas cotidianas y grado de autonomía - NIVEL
BASICO**

Código: 230101296 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en PALMIRA. A los quince (15) días del mes de Agosto de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

2499419 - 15/08/2025
No Y FECHA REGISTRO

FANNY MARCELA GARCIA DAVILA
Subdirectora (E) CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

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 954400230101296251CC25498247C.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga

Certificado de Competencia Laboral a

MARIA NELLY RIVERA CORDOBA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 66838708

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

**Cuidar personas según protocolos de actividades básicas cotidianas y grado de autonomía - NIVEL
BASICO**

Código: 230101296 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en PALMIRA. A los quince (15) días del mes de Agosto de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

2499435 - 15/08/2025
No Y FECHA REGISTRO

FANNY MARCELA GARCIA DAVILA
Subdirectora (E) CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

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 954400230101296251CC66838708C.

DIPLOMADO ATENCION INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR





OBLIGACION No. 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.



FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO <hogarcristoresucitado@gmail.com>

Re: Solicitud cupo

1 mensaje

Edgar Ivan Giraldo <edgar.giraldo@palmira.gov.co> 19 de enero de 2026 a las 8:25
Para: FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO <hogarcristoresucitado@gmail.com>
Cc: Francia Elena Orozco Montoya <francia.orozco@palmira.gov.co>, Luz Mariana Tenorio Peña <marianatenorio.08@hotmail.com>

Cordial saludo estimada Claudia,

Agradezco mucho la información suministrada y la gestión realizada con la señora Alicia Posso. Quedo enterado de la situación presentada.

Atentamente,



Alcaldía de Palmira

Edgar Ivan Giraldo Duran

Profesional Especializado - Subsecretaría de Desarrollo e Inclusión Social
Secretaría de Integración Social
Teléfono (602) 6022856121 - Calle 30 Carrera 29 / Cod.postal 763533
edgar.giraldo@palmira.gov.co

El sáb, 17 ene 2026 a la(s) 6:24 p.m., FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO (<hogarcristoresucitado@gmail.com>) escribió:

Buenas tardes,

Para informar que el día de ayer llevaron a la señora Alicia Posso a nuestro Hogar Geriátrico, Fundación Hogar Cristo Resucitado, y no quiso quedarse

Atentamente

El vie, 12 dic 2025 a las 14:48, FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO (<hogarcristoresucitado@gmail.com>) escribió:

Cordial saludo

Por medio de la Presente, les confirmamos la Asignación del Cupo en el Hogar Geriátrico, Fundación Hogar Cristo Resucitado, a la señora Alicia Posso

Quedamos atentas a recibirla, ojala pronto y así celebrar con ella la Navidad y Año Nuevo en el Hogar



FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO <hogarcristoresucitado@gmail.com>

Re: Solicitud de cupo - Maria Blanca Cecilia Marin de Banderas

1 mensaje

FUNDACION HOGAR CRISTO RESUCITADO <hogarcristoresucitado@gmail.com> 22 de enero de 2026 a las 12:49
Para: Edgar Ivan Giraldo <edgar.giraldo@palmira.gov.co>, Luz Mariana Tenorio Peña <marianatenorio.08@hotmail.com>, Aleyda Castro <aleyca-cali@hotmail.com>
Cc: Francia Elena Orozco Montoya <francia.orozco@palmira.gov.co>

Apreciado sr. Edgar Ivan

El día martes, enero 20 de 2026, hicimos una visita domiciliar a la señora Maria Marin. Con base en su situación médica observada y según su historia clínica, podemos asignarle un cupo en nuestro Hogar Geriátrico.

Quedamos atentos a su recibo

El mié, 14 ene 2026 a las 16:20, Edgar Ivan Giraldo (<edgar.giraldo@palmira.gov.co>) escribió:
Cordial saludo,

Solicito comedidamente se revise la posibilidad de asignarle un cupo a persona mayor en condición social vulnerable, se trata de MARÍA BLANCA CECILIA MARIN DE BANDERAS 31242865 19/04/1952 73 Carrera 16 # 36-39 SAN PEDRO EMSSANAR SUB B1 3157089929 Red de apoyo Yamileth roa marín 3157089929 (Hija)



Alcaldía de Palmira

Edgar Ivan Giraldo Duran

Profesional Especializado - Subsecretaría de Desarrollo e Inclusión Social
Secretaría de Integración Social
Teléfono (602) 6022856121 - Calle 30 Carrera 29 / Cod.postal 763533
edgar.giraldo@palmira.gov.co

FUNDACION



**HOGAR
CRISTO RESUCITADO**



Alcaldía Municipal
de Palmira
Nit.:891.380.007-3

PROCESO: GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

OTRO SI AL CONTRATO O CONVENIO

ACTFO-044

Versión.04

23/11/2023

Página 1 de 8

CONTRATANTE: MUNICIPIO DE PALMIRA

CONTRATISTA: FUNDACIÓN HOGAR CRISTO RESUCITADO con NIT No. 900196090-9

OBJETO: OTROSI AL CONVENIO No. MP-C-SIS-024-2025

La suscrita CATHERINE FILIGRANA MAZUERA, **SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL**, en ejercicio de la delegación otorgada mediante Decreto 584 del 05 de Junio del 2024, por Alcalde Municipal quien obra en ejercicio de las facultades que le confiere la Constitución y la Normatividad Legal vigente que reglamenta el proceso Contractual Administrativo, específicamente lo dispuesto en el Estatuto General de Contratación de la administración pública; Ley 80 de 1993 y sus Decretos reglamentarios, a través de la presente comunicación y cumplimiento de lo estipulado en la Ley 80/93, Decreto 1082 de 2015 y quien en adelante se denominará **EL MUNICIPIO**, por una parte, y por la otra el señor JOAQUIN ALBERTO GÓMEZ RENDÓN identificado con cédula de ciudadanía No. 8.464.433 representante legal de FUNDACIÓN HOGAR CRISTO RESUCITADO con NIT 900196090-9 y quien en adelante se denominará **EL ASOCIADO**, hemos convenido celebrar el presente **OTROSI** de prórroga y adición al **CONVENIO MP-C-SIS-024-2025**, previas las siguientes consideraciones:

1) Que el CONTRATANTE y el CONTRATISTA suscribieron el Convenio N° MP-C-SIS-024-2025, el día 25 de abril de 2025, cuyo objeto es *"AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS 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"*, por un valor total la suma de **SESENTA Y SIETE MILLONES VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE (\$67.028.310)**.

Aportes por parte de la Secretaría de Integración Social de la Alcaldía de Palmira: **CUARENTA Y SEIS MILLONES TREINTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE (\$46.030.680)** incluidos todos los tributos costos directos e indirectos a que haya lugar con ocasión de la celebración y ejecución del convenio.

Aporte de la ESAL aportará en especie el equivalente a **VEINTE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE (\$20.997.630)**, lo que equivale al 31.33% del valor total del convenio. **Forma de los Desembolsos**

El valor del aporte del Municipio de **CUARENTA Y SEIS MILLONES TREINTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE (\$46.030.680)**, será desembolsado de la siguiente manera:

Centro Administrativo Municipal de Palmira -CAMP
Calle 30 No. 29 -39: Código Postal 763533
www.palmira.gov.co
Teléfono: 2856121





Alcaldía Municipal
de Palmira
Nit.:891.380.007-3

OTRO SI AL CONTRATO O CONVENIO

Se realizarán 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 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. Para efectos de los desembolsos la alcaldía de Palmira verificará que el asociado acredite que se encuentran al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social integral, así como los propios del SENA, ICBF, y Cajas de Compensación Familiar. El asociado sólo tiene derecho a los emolumentos expresamente pactados en el convenio. Por tanto, no podrá reclamar el pago de prestaciones sociales por este concepto. En el valor total del convenio, se encontrarán incluidos todos los impuestos, tasas y contribuciones nacionales, departamentales y municipales que se causen por la celebración, ejecución y liquidación de este, los cuales serán a cargo del asociado.

PARÁGRAFO I: El asociado para el manejo de los recursos deberá llevar el asiento contable de manera separada a la que por ley está obligado, siendo esta exclusiva para el Convenio. El Municipio de Palmira— Secretaría de Integración Social, realizará el aporte correspondiente, con el cumplimiento de todas y cada una de las estipulaciones y requisitos establecidos en el estudio previo, la invitación, la propuesta y en el convenio, para ello los valores a cancelar se revisarán y ajustarán, sin que estos excedan el costo unitario y total pactado; se tendrá en cuenta el servicio real prestado, por lo que el asociado deberá presentar dentro de las fechas estipuladas los documentos que certifiquen el cumplimiento de las actividades, junto con los respectivos soportes antes de cada desembolso.

En todo caso el aporte se hará previa disposición de giros de P.A.C. a los recursos disponibles de la Secretaría de Integración Social, con la presentación de la propuesta se entenderá aceptada la condición de realizar el aporte.

Los recursos entregados por la Secretaría de Integración Social deberán ser destinados estrictamente a cubrir los costos y gastos generados por las actividades pactadas en el objeto del convenio, las cuales se deben llevar a cabo dentro del término de duración de este.

EL ASOCIADO se compromete a cumplir con los principios y criterios de austeridad y eficiencia del uso de recursos públicos contenidos en las normas presupuestales y sujetará su informe de ejecución y financiero a éstas y a las normas especiales que rigen el convenio de asociación.

Además, para cada desembolso el asociado deberá presentar un informe de ejecución con los siguientes documentos:

1. Cuenta de cobro y/o documento equivalente que deberá cumplir con todos los requisitos establecidos en el Estatuto Tributario e indicar el número del convenio objeto de desembolso.
2. Copia de las planillas de pago de las obligaciones al Sistema General de Seguridad Social (Pensión, Salud, ARL y Parafiscales) y certificado de cumplimiento expedido por el representante legal o revisor fiscal, según corresponda y de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.
3. Certificación de recibo o informe expedido por el supervisor del convenio y que constan en la cuenta de cobro.
4. Deberá presentar igualmente el informe de actividades

Las situaciones acaecidas, de manera posterior a la suscripción del convenio no podrán generar costos adicionales a los ya dispuestos por la entidad. Si por causa del retraso del ASOCIADO en la entrega de documentos, se demora la liquidación del acta parcial, el ASOCIADO no tendrá derecho al reconocimiento de intereses o de suma adicional alguna.



Alcaldía Municipal
de Palmira
Nit.:891.380.007-3

EI APOORTE DEL ASOCIADO se efectuará a medida que se ejecute el convenio, de conformidad con lo señalado en la propuesta.

2) Que el día 30 de abril de 2025, el supervisor del contrato y el contratista celebraron el acta de inicio el cual daría inicio a la ejecución al Convenio N° MP-C-SIS-024-2025 con un plazo de ejecución de hasta el 31 de diciembre de 2025.

3) Que el Contrato N° MP-C-SIS-024-2025 se ha venido ejecutando en debida forma; desarrollo contractual que se acredita con los informes propios del CONTRATISTA y los informes de supervisión a satisfacción presentados por el Supervisor del contrato.

4) Que a la fecha el contrato se ha ejecutado en un (87.5%) y han sido cancelados al contratista (diligenciar el valor pagado a la fecha) quedando pendientes por ejecutar la suma de (diligenciar valor pendiente por cancelar)

5) Que según informe de fecha 29 de diciembre de 2025 del funcionario LUZ ELENA SANDOVAL ÁLVAREZ – Subsecretaria de Desarrollo e inclusión de la Secretaría de Integración Social del Municipio de Palmira, en su calidad de supervisora del contrato informó que se requiere **adición y prórroga al convenio No. MP-C-SIS-024-2025**.

JUSTIFICACIÓN TÉCNICA

Esta solicitud de prórroga y adición en tiempo y dinero, se sustenta en poder garantizar la continuidad de la atención integral a las personas mayores en condición de vulnerabilidad es prioritaria. La extensión del plazo y del recurso es esencial para que los centros de bienestar, sin ánimo de lucro, sigan proporcionando servicios vitales como: (Alimentación, salud básica y actividades recreativas).

Disponemos del recurso económico necesario, proveniente del Fondo de la Estampilla Pro Adulto Mayor, **Comprobante de Vigencias futuras No 32**. Proyecto: Mejoramiento en la calidad de vida de las personas mayores en estado de vulnerabilidad del Municipio de Palmira, para cubrir el costo de la prórroga y así garantizar la ininterrupción del servicio a esta población. Vale aclarar que la finalidad de éste recurso es apoyar estos Centros de Bienestar.



Alcaldía Municipal
de Palmira
Nit.:891.380.007-3

OTRO SI AL CONTRATO O CONVENIO

Que el día 22 de diciembre de 2025 se notificó al señor JOAQUIN ALBERTO GOMEZ RENDON quien actúa como representante legal de la FUNDACIÓN HOGAR CRISTO RESUCITADO acerca de la intención de adición y prórroga al convenio No MP-C-SIS-024-2025, donde se le solicita lo documentos correspondientes para darle continuidad al otrosí y a su vez oficio de aceptación

JUSTIFICACIÓN JURÍDICA

La Corte Constitucional se ha pronunciado frente a la modificación de los contratos estatales en el siguiente sentido: “Por regla general, los contratos estatales pueden ser modificados cuando sea necesario para lograr su finalidad y en aras de la realización de los fines del Estado, a los cuales sirve el contrato. Así lo prevén por ejemplos los artículos 14 y 16 de la ley 80, los cuales facultan a las entidades contratantes a modificar los contratos de común acuerdo o de forma unilateral, para “(...) evitar la paralización o afectación grave de los servicios públicos a su cargo y asegurar la inmediata}, continua y adecuada prestación”, entre otros”. (Sentencia C-300 de 2012).

Aunado a lo anterior, se destaca lo señalado por la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado en concepto del 13 de agosto de 2009: “La contratación estatal responde de múltiples maneras a este mandato y, en cuanto al concepto que se emite, se resalta que la posibilidad de modificar los contratos estatales es una especial forma de hacer prevalecer la finalidad del contrato sobre los restantes elementos del mismo. Por mutabilidad del contrato estatal se entiende el derecho que tiene la administración de varias, dadas ciertas condiciones, las obligaciones a cargo del contratista particular, cuando sea necesario para el cumplimiento del objeto y de los fines generales del Estado”. (Radicación No. 1.952 11001-03-06-000-2009-00033-00).

JUSTIFICACIÓN FINANCIERA

Es fundamental precisar que esta prórroga contempla adición presupuestal del aporte del Municipio de Palmira de recurso de la Estampilla Pro adulto mayor, por valor de QUINCE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS MCTE (\$15.343.548), correspondiente al periodo de la adición de los meses de Enero— Febrero y Marzo 2026; Y teniendo en cuenta la oferta económica del proceso de selección el aporte de la Alcaldía corresponde a los ítems del 1 al 6 y con el fin de continuar con el otro si en tiempo y valor, la ESAL debe realizar el aporte equivalente al 31.33% del total del convenio lo que corresponde a SEIS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS DIEZ PESOS MCTE (\$6.999.210) en especie lo cual corresponde a los ítems del 7 al 10, respetando las reglas establecidas en el Decreto 092 de 2017.



Alcaldía Municipal
de Palmira
Nit.:891.380.007-3

PROCESO: GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

ACTFO-044

Versión.04

23/11/2023

OTRO SI AL CONTRATO O CONVENIO

Página 5 de 8

AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ESTADIA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DE UN CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR		CANTIDAD DE BENEFICIARIOS POR MES	PRECIOS DE REFERENCIA	VALOR APOORTE ALCALADIA MUNICIPAL DE PALMIRA		VALOR APOORTE ESAL		% APOORTE	INDICAR SI ES EN ESPECIE, DINERO O MIXTO
ITEM	DESCRIPCIÓN			Valor Unitario por Mes	Valor Total Mes	Valor Unitario por Mes	Valor Total Mes		
1	SERVICIO DE ALIMENTACION	10	\$ 325.315	\$ 325.315,00	\$ 3.253.150,00		\$ 0,00	0,00%	
2	BIOSEGURIDAD PARA BENEFICIARIOS Y COLABORADORES		\$ 12.508	\$ 12.507,60	\$ 125.076,00		\$ 0,00	0,00%	
3	ELEMENTOS DE ASEO PARA MANTENIMIENTO DE CBA		\$ 30.305	\$ 30.305,00	\$ 303.050,00		\$ 0,00	0,00%	
4	ELEMENTOS DE ASEO PARA BENEFICIARIOS		\$ 57.804	\$ 57.804,00	\$ 578.040,00		\$ 0,00	0,00%	
5	ELEMENTOS DE ENFERMERIA		\$ 30.061	\$ 30.061,00	\$ 300.610,00		\$ 0,00	0,00%	
6	RECREACION Y OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE		\$ 55.459	\$ 55.459,00	\$ 554.590,00		\$ 0,00	0,00%	
7	REVISOR FISCAL Y CONTADOR		\$ 71.166		\$ 0,00	\$ 71.166,00	\$ 711.660,00	9,56%	ESPECIE
8	SERVICIOS PUBLICOS		\$ 9.720		\$ 0,00	\$ 9.720,00	\$ 97.200,00	1,31%	ESPECIE
9	SECRETARIO		\$ 63.377		\$ 0,00	\$ 63.377,00	\$ 633.770,00	8,51%	ESPECIE
10	COORDINADOR		\$ 89.044		\$ 0,00	\$ 89.044,00	\$ 890.440,00	11,96%	ESPECIE
VALOR TOTAL POR MES		1	\$ 744.759		\$ 5.114.516,00		\$ 2.333.070,00	31,33%	
VALOR TOTAL MESES CONVENIO		3			\$ 15.343.548,00		\$ 6.999.210,00		
VALOR TOTAL CONVENIO							\$ 22.342.758,00		

Descripción	Valor contrato	Valor máximo a adicionar	Adición	porcentaje adición
Aporte Alcaldía	\$46.030.680	\$23.015.340	\$15.343.548	33.3%
Aporte ESAL (EN ESPECIE)	\$20.997.630	\$10.498.815	\$6.999.210	31.33%
TOTAL	\$67.028.310	\$ 33.514.155	\$22.342.758	

Por las razones técnicas y económicas expuestas, se justifica la solicitud de una prórroga en tiempo y dinero, hasta el 31 de marzo de 2026 para el Convenio MP –C-SIS-024-2025

Esta medida es imprescindible para garantizar la continuidad de la atención integral a la población adulta mayor en condición de vulnerabilidad en el Centro de Bienestar. De esta forma, se asegura la plena ejecución del objeto contractual y la entrega oportuna de los beneficios a los adultos mayores y los entregables de las actividades realizadas en el marco del convenio suscrito.

Que, se acuerda las siguientes cláusulas:

Centro Administrativo Municipal de Palmira -CAMP
Calle 30 No. 29 -39: Código Postal 763533
www.palmira.gov.co
Teléfono: 2856121





Alcaldía Municipal
de Palmira
Nit.:891.380.007-3

PROCESO: GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

OTRO SI AL CONTRATO O CONVENIO

ACTFO-044

Versión.04

23/11/2023

Página 6 de 8

PRIMERA. OBJETO. - PRORROGAR Y ADICIONAR el contrato No. MP-C-SIS-024-2025 suscrito entre el Municipio de Palmira y la **FUNDACIÓN HOGAR CRISTO RESUCITADO** y cuyo objeto es: *"AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS 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"*, de acuerdo al informe de supervisión de fecha 29 de diciembre de 2025

SEGUNDA.- VALOR DEL CONTRATO ADICIONAL Y FORMA DE PAGO: MODIFICAR la cláusula QUINTA del contrato MP-C-SIS-024-2025, adicionando al valor del contrato la suma de VENTIDOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS COP (\$22.342.758), distribuidos de la siguiente manera:

Aporte Alcaldía Municipal de Palmira de QUINCE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS MCTE (\$15.343.548), incluye todos los impuestos, tasas y contribuciones establecidos por las diferentes autoridades nacionales, departamentales o municipales y dentro de estos mismos niveles territoriales, los impuestos, tasas y contribuciones

Aporte asociado SEIS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS DIEZ PESOS MCTE (\$6.999.210) en especie lo cual corresponde a los ítems del 7 al 10, respetando las reglas establecidas en el Decreto 092 de 2017.

Para el cumplimiento de las metas y fines del presente Convenio se establece como valor total la suma de **OCHENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y UN MIL SESENTA Y OCHO PESOS PESOS M/CTE (\$89.371.068)**

Parágrafo: FORMA DE PAGO: El valor de la presente adición se cancelará en cuotas parciales, previo visto bueno del supervisor

TERCERA. - VIGENCIA Y PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MODIFICAR la cláusula SEXTA del contrato MP-C-SIS-024-2025, la cual quedará así:

El plazo de ejecución del convenio será hasta el 31 de marzo de 2026; previa inicio en la plataforma secopii y cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y de ejecución. Así como la aprobación de las garantías

Centro Administrativo Municipal de Palmira -CAMP
Calle 30 No. 29 -39: Código Postal 763533
www.palmira.gov.co
Teléfono: 2856121





Alcaldía Municipal
de Palmira
Nit.:891.380.007-3

PROCESO: GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

OTRO SI AL CONTRATO O CONVENIO

ACTFO-044

Versión.04

23/11/2023

Página 7 de 8

presentadas por el contratista a favor de la entidad contratante, como requisito de ejecución del contrato de acuerdo con la ley 80 de 1993 artículo 41 modificado por el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

CUARTA. – APROPIACIÓN PRESUPUESTAL MODIFICAR la cláusula OCTAVA del contrato MP-C-SIS-024-2025, la cual quedará así:

APROPIACIÓN PRESUPUESTAL. Las erogaciones que se causaren con cargo a los rubros que se relacionan a continuación y el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 1126 del 17/02/2025 expedido por la Secretaría de Hacienda Municipal, correspondiente a la presente vigencia fiscal,

CCPET	NOMBRE	CPI	CENTRO COSTOS	FUENTE	VALOR
2.3.2.02.02.009	Servicios para la comunidad, sociales y personales	4104008	1153-SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	379-R/B ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR	51.146.200,00

Proyecto: 2400045-MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE PALMIRA

BPIN: 2024765200061

COD ACTIVIDAD	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	NOMBRE INSUMO	VALOR
2	APOYAR A LOS CENTROS DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR QUE BRINDEN ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD	Servicios para la comunidad, sociales y personales	51.146.200,00

TOTAL ACTIVIDADES POR CCPET

2.3.2.02.02.009	51.146.200,00
-----------------	---------------

La adición se pagará con cargo al Comprobante de vigencias futuras No. 32 del 26/11/2025



Alcaldía Municipal
de Palmira
Nit.:891.380.007-3

PROCESO: GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

OTRO SI AL CONTRATO O CONVENIO

ACTFO-044

Versión.04

23/11/2023

Página 8 de 8



República de Colombia
MUNICIPIO DE PALMIRA
NIT 8913800073
Comprobante de Vigencias Futuras No. 32

Fecha expedición 26/11/2025

Fecha vencimiento 31/12/2025

Valor Total \$147.681.609,00

Son: CIENTO CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS NUEVE PESOS MCTE.

OBJETO: VIGENCIA FUTURA ORDINARIA – “ 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”_VIGENCIA 2026

DETALLE PRESUPUESTAL	
RUBRO : 2.3.2.02 02.009	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES
PROYECTO 2400045	MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE PALMIRA
CPI 4104008	SERVICIO DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
DEPENDENCIA 1153	SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL
FUENTE DE FINANCIACIÓN	379 - RECURSOS DE BALANCE ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR

Dada en Palmira el día 26/11/2025


MARIA EUGENIA FIGUEROA VELEZ
SECRETARIA DE HACIENDA

QUINTA.- ACTUALIZACIÓN DE AMPAROS: El contratista se compromete a ampliar los amparos exigidos en el Convenio No. MP-C-SIS-024-2025, conforme la presente adición y prórroga.

SÉPTIMA.- DECLARACIÓN: Las partes declaran que la presente modificación contractual no afecta el equilibrio económico del contrato ni genera valores adicionales a favor del contratista, este último renuncia a cualquier reclamación al respecto.

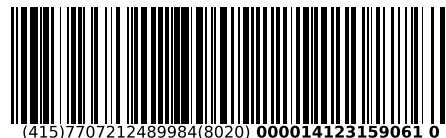
OCTAVA.- VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES. - Las demás cláusulas del contrato original conservan plena vigencia en cuanto no se opongan a la presente modificación.-.

Dada en Palmira, a través de la plataforma SECOPII.

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141231590610



(415)7707212489984(8020) 000014123159061 0

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

Persona jurídica

1

25. Tipo de documento

26. Número de Identificación

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

COLOMBIA

1

39. Departamento

Valle del Cauca

40. Ciudad/Municipio

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

3 1 7 5 1 4 3 2 5 1

45. Teléfono 2

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 ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

14- Informante de exógena

42- Obligado a llevar contabilidad

52 - Facturador electrónico

55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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:

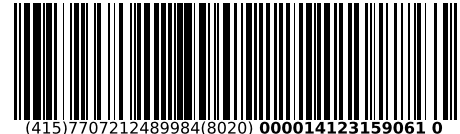
984. Nombre GOMEZ RENDON JOAQUIN ALBERTO

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141231590610



(415)7707212489984(8020) 000014123159061 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 9 6 0 9 0 9

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Palmira

14. Buzón electrónico

1 5

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

1 6

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

2

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

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

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				-
3				-
4				-
5				-

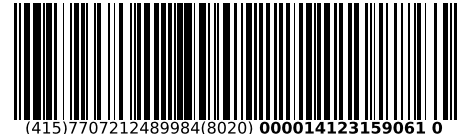
Vinculación económica

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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141231590610



(415)7707212489984(8020) 000014123159061 0

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

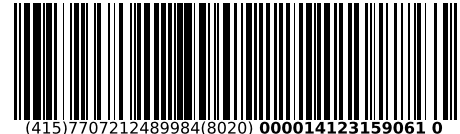
Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN	1 8	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 2 0 8 0 4
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní 1 3	101. Número de identificación 8 4 6 4 4 3 3	102. DV 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido GOMEZ	105. Segundo apellido RENDON	106. Primer nombre JOAQUIN
107. Otros nombres ALBERTO	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV
110. Razón social representante legal		
98. Representación REPRS LEGAL SUPL	1 9	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 0 0 2 2 2
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3	101. Número de identificación 3 1 9 1 7 0 1 3	102. DV 103. Número de tarjeta profesional 2 4 5 7 5 - T
104. Primer apellido TENORIO	105. Segundo apellido PEÑA	106. Primer nombre LUZ
107. Otros nombres MARIANA	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV
110. Razón social representante legal		
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
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
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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141231590610



(415)7707212489984(8020) 000014123159061 0

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana	112. Número de identificación 3 5 4 6 8 8 4 3	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido PARDO	116. Segundo apellido SUAREZ	117. Primer nombre CLAUDIA	118. Otros nombres ESPERANZA	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 2 2 2	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana	112. Número de identificación 2 4 3 0 3 2 4 8	113. DV 2	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido CASTRO	116. Segundo apellido HOYOS	117. Primer nombre ALEYDA	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 2 2 2	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana	112. Número de identificación 3 8 9 7 7 1 0 2	113. DV 3	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido SOLANO	116. Segundo apellido FRANCO	117. Primer nombre BLANCA	118. Otros nombres LILIA	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 2 0 5 2 1	123. Fecha de retiro	

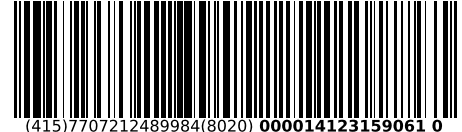
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana	112. Número de identificación 3 8 9 7 3 7 0 9	113. DV 4	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido TORRES	116. Segundo apellido DE GOMEZ	117. Primer nombre BERTHA	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 2 0 5 2 1	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana	112. Número de identificación 3 8 9 9 1 7 0 0	113. DV 5	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido MONTENEGRO	116. Segundo apellido VARGAS	117. Primer nombre MARIA	118. Otros nombres NELSY	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 2 2 2	123. Fecha de retiro	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141231590610



(415)7707212489984(8020) 000014123159061 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

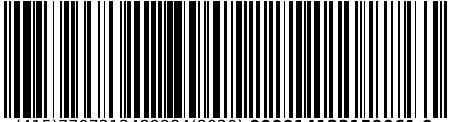
9 0 0 1 9 6 0 9 0 9

Impuestos y Aduanas de Palmira

1 5

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana	112. Número de identificación 1 4 9 9 4 2 6 9	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	115. Primer apellido BETANCOURT	116. Segundo apellido GARCIA	117. Primer nombre HERNAN	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 2 2 2	123. Fecha de retiro
1												
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana	112. Número de identificación 3 1 9 1 7 0 1 3	113. DV 3	114. Nacionalidad COLOMBIA	115. Primer apellido TENORIO	116. Segundo apellido PEÑA	117. Primer nombre LUZ	118. Otros nombres MARIANA	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 2 2 2	123. Fecha de retiro
2												
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
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												

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Revisor Fiscal y Contador				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 6 de 6 Hoja 5			
				4. Número de formulario 141231590610			
 (415)7707212489984(8020) 000014123159061 0							
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 7 2 5 9		
	128. Primer apellido		129. Segundo apellido		130. Primer nombre		131. Otros nombres
	GARZON		OSPINA		GUILLERMO		
Revisor fiscal suplente	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						
	136. Tipo de documento		137. Número de identificación		138. DV 139. Número de tarjeta profesional		
Contador	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						
	148. Tipo de documento		149. Número de identificación		150. DV 151. Número de tarjeta profesional		
Contador	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							