



RAZÓN SOCIAL :	MAGALY ZARATE RAMIREZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1005443711
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-03-24
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-07
FECHA DE PAGO:	2026-03-24
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	36473598
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36473598
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.200	\$ 9.200
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 508.300	\$ 508.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/05/2026
----------------------------------	------------



RAZÓN SOCIAL :	JONATHAN DAVID LEON VERGARA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1005443861
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-03-25
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-16
FECHA DE PAGO:	2026-03-25
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	36562410
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36562410
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.751.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.751.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.751.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 18.300	\$ 18.300
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 517.400	\$ 517.400

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/05/2026
----------------------------------	------------

Cód. Cor.	IBIC	Tarifa	Cot. Votante		Total	Porcentaje de	Precio de Suscripción	Valor en el emblema
			Afiliado	Aportante				
00000000	0.000000	0.000000	0.00	0.00	0.000000	0.00	0.00	0.00

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligación	UPC adicional	Inscripción E. G.		Límite de Matrícula
					Número Autorización	Valor	
30	2.250.000	0.1500000	\$ 275.000	8 C	0	12	0

Días Cot.	IBIC	Tarifa	Cot. Coligación	Código de centro de trabajo
30	2.500.000	0.624.1600	1.111.600	190201235

[illegible]

Pension	Value	Risks	Participants	Total
\$142,000	\$279,000	\$13,490	10	\$146,490

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1100813506
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	NATALIA JYNNET QUINTERO TIBADUIZA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	BUCARAMANGA TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6009428615	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN: MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 170321039

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL						
			TOTALES			
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO		
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 280.200		
SUBTOTAL:			1	\$ 280.200		
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 218.900		
SUBTOTAL:			1	\$ 218.900		
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	1	\$ 42.700		
SUBTOTAL:			1	\$ 42.700		

VALOR SIN MORA:	\$ 541.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 541.800



**FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR RONCANCIO"**
Nit: 890.208.793-6

**INFORME DE CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES
DENTRO DEL CONVENIO DE ASOCIACION No. 051 – 2026**

Doctora:

LAURA NATALIA MAYORGA MANRIQUE
SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
Supervisora Convenios de Asociación
Onzaga, Santander

**ASUNTO: ADICIONAL 001 CONVENIO DE ASOCIACION NO. 051-2026
"CONVENIO DE ASOCIACION ENTRE EL MUNICIPIO DE ONZAGA Y
UNA ESAL – PARA AUNAR ESFUERZOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS
Y FINANCIEROS PARA FORTALECER EL PROGRAMA DEL ADULTO
MAYOR, BRINDANDO AL CENTRO BIENESTAR, LA ATENCION
INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE ONZAGA"**

Respetuosamente doy a conocer el informe de actividades correspondientes al periodo comprendido entre el 25 de marzo al 02 de abril de 2026; del CONAS No. 051-2026, para el CBA en los siguientes términos:

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	25 de marzo al 02 de abril de 2026
FECHA DE PRESENTACIÓN	09 de abril de 2026

IT E M	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA
01	Prestar el servicio de alimentación de desayuno, almuerzo y cena, al centro de bienestar, alimentación que asegura la ingesta necesaria, a nivel proteico calórico y de micronutrientes que garanticen buenas condiciones de salud para el adulto mayor, de acuerdo con la minuta patrón que se encuentra en los anexos. El operador deberá tener en cuenta que la alimentación	Atendimos a 30 Adultos Mayores mediante desayunos, media mañana, almuerzo, onces y cena; cumpliendo con las minutas establecidas por la Nutricionista de la fundación.



**FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR RONCANCIO"**
Nit: 890.208.793-6

	diaria denominada para el presente estudio como "ración" corresponde al suministro de los cinco platos diarios por adulto mayor, esto es: Desayuno, media mañana, almuerzo, onces y cena.	
02	Realizar orientación psicosocial, la cual será prestada de manera preventiva a toda la población beneficiaria, la cual persigue mitigar el efecto de las patologías de comportamiento que surgen en la tercera edad y los efectos a las que ellas conducen. Estará a cargo de profesionales en psicología y o trabajo social. Cuando sea necesario, los adultos mayores serán remitidos a las entidades de la seguridad social para una atención más específica.	Se contó con un profesional en psicología quien es la encargada de velar por la salud mental de los adultos brindando acompañamiento y quien está atenta ante cualquier situación que implique la remisión a centros especializados.
03	Garantizar la atención primaria en salud, la cual abarcara la promoción de estilos de vida saludable, de acuerdo con las características de los adultos mayores, prevención de enfermedades, detección oportuna de patologías y remisión a los servicios de salud cuando ello se requiera. Se incluye la atención primaria, entre otras, de patologías relacionadas con la mal nutrición, medicina general, geriatría y odontología, apoyados en los recursos y actores de la seguridad social en salud vigente en Colombia, en los términos que establecen las normas correspondientes. Atención primaria en salud, incluye trabajo terapéutico a través de un fisioterapeuta o profesional en actividad física y deportiva con experiencia y conocimiento en atención integral al adulto mayor, al igual que el servicio de enfermería, brindado por un auxiliar de enfermería.	Ofrecimos atención en salud por medio de cuatro auxiliares de enfermería a su cuidado, se apoyó en el personal del hospital San Vicente de Paul para la renovación de fórmulas y se administraron medicamentos ordenados por el médico según formula expedida. Además, se cuenta con una Nutricionista y una fisioterapeuta para así garantizar el bienestar y calidad de vida de nuestros adultos mayores atendiendo las necesidades de cada uno de ellos.
04	Presentar el servicio de forma integral, oportuna y diligente a todos los beneficiarios del servicio.	Prestamos los servicios en condiciones de apoyo integral, dando albergue durante las 24 horas del día, en atención en cuidados



**FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR RONCANCIO"**
Nit: 890.208.793-6

		personales como: aseo, atención en ropas, aseo general, acompañamiento de noche, entre otros
05	Presentar al supervisor del convenio, la certificación del pago de los aportes al sistema general de seguridad social, parafiscales y riesgo laboral, de las personas que emplee para el desarrollo del contrato en el caso que los hubiere.	Junto con el informe mensual se anexa el soporte de pago al sistema de seguridad social de los empleados de la fundación
06	Contar con el recurso humano necesario para cumplir cabalmente con el objeto del convenio y con las obligaciones aquí pactadas.	Se contó con el recurso humano idóneo para llevar a cabo la atención integral de los adultos mayores internos de la fundación
07	Presentar al supervisor del convenio los informes que se requieran, en los que se indique el cumplimiento del objeto y de las obligaciones específicas	Se atiende lo indicado por parte del supervisor en cuanto a la ejecución del convenio
08	Rendir informes mensuales al MUNICIPIO sobre el desarrollo del contrato y la ejecución de los aportes de una forma detallada contable y financieramente. Presentar junto con el informe de actividades las diferentes facturas asociadas a los insumos adquiridos para el cumplimiento del objeto del convenio, así como las respectivas cuentas de cobro del talento humano contratado para su ejecución.	Se rinde informe de ejecución respecto a las actividades realizadas durante el adicional del convenio

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

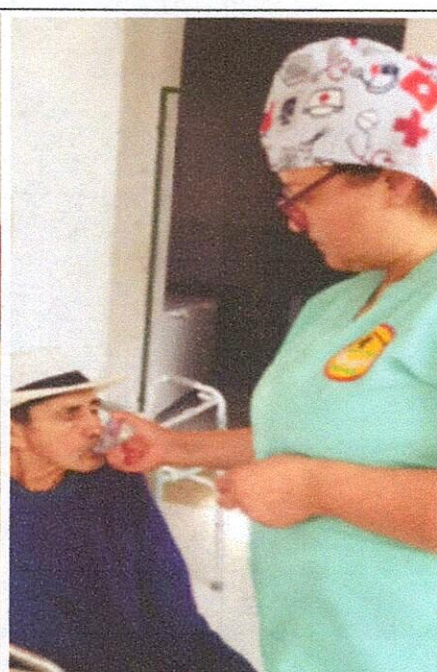
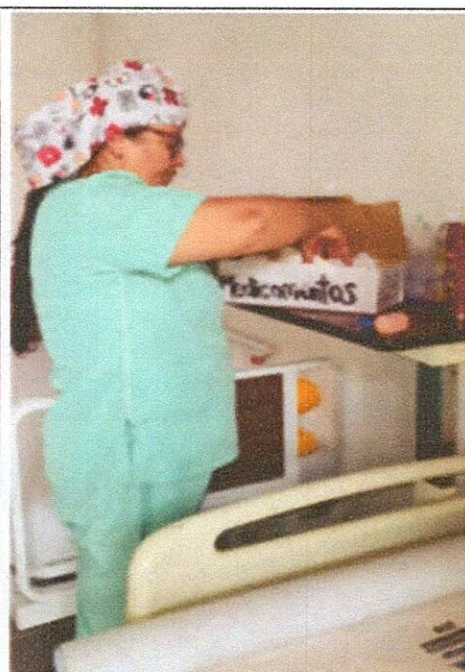
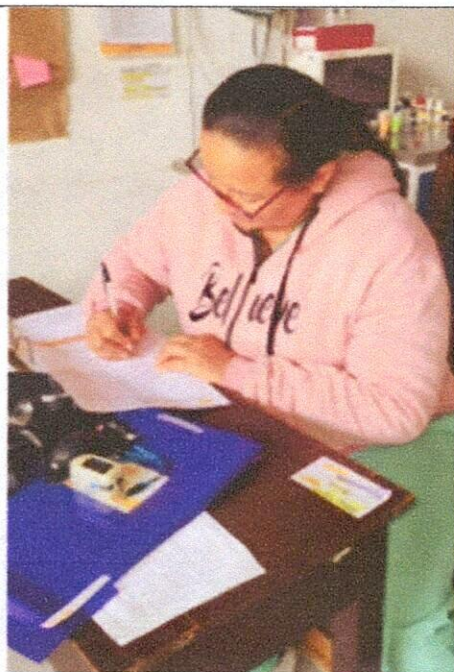
ONZAGA-SANTANDER

funzahogaroncancio@hotmail.com

Cra 1 No. 1 – 51 Celular: 321-724-3389



**FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR RONCANCIO"**
Nit: 890.208.793-6



ONZAGA-SANTANDER

funzahogaroncancio@hotmail.com

Cra 1 No. 1 - 51 Celular: 321-724-3389



**FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR RONCANCIO"**
Nit: 890.208.793-6



ONZAGA-SANTANDER

funzahogaroncancio@hotmail.com

Cra 1 No. 1 - 51 Celular: 321-724-3389



**FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR RONCANCIO"**
Nit: 890.208.793-6



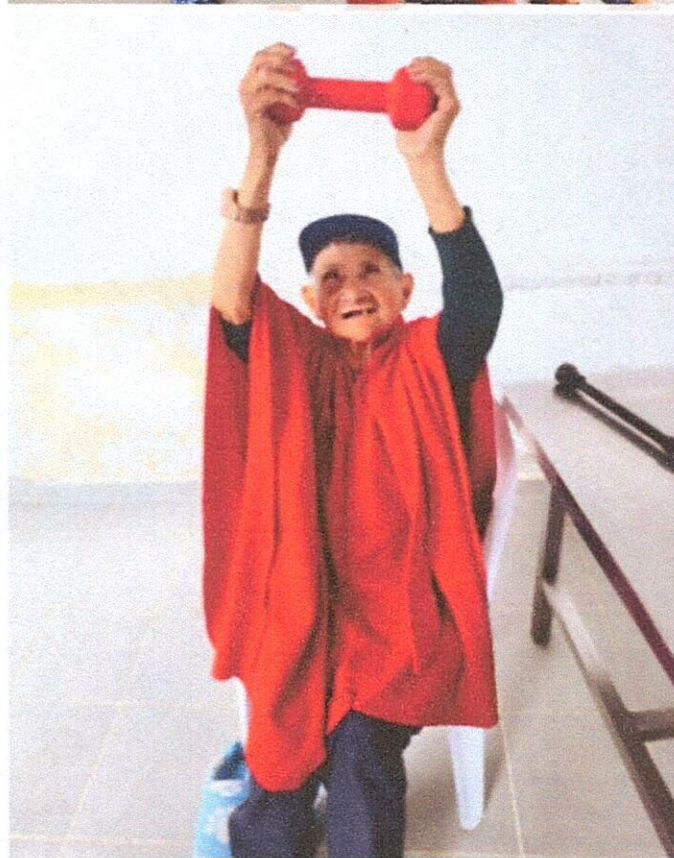
ONZAGA-SANTANDER

funzahogaroncancio@hotmail.com

Cra 1 No. 1 - 51 Celular: 321-724-3389



**FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR RONCANCIO"**
Nit: 890.208.793-6





**FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR RONCANCIO"**
Nit: 890.208.793-6



ONZAGA-SANTANDER
funzahogaroncancio@hotmail.com
Cra 1 No. 1 - 51 Celular: 321-724-3389



**FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR RONCANCIO"**
Nit: 890.208.793-6

ANEXOS:

- Pago de seguridad social de la entidad.
- Formato asistencia nutricional periodo del 25 de marzo al 02 de abril de 2026.
- Paz y salvo de seguridad social de la Fundación.
- Certificado de paz y salvo de seguridad social del personal contratado.
- Cuentas de cobro e informes correspondientes al periodo del 25 de marzo al 02 de abril de 2026, del talento humano contratado para la ejecución del convenio.
- Copia de las facturas asociadas a los insumos adquiridos para el cumplimiento del convenio.
- Certificados pólizas exequiales vigentes.

REPRESENTANTE "FUNZAHOGAR RONCANCIO"		LEGAL
FIRMA:		
NOMBRE:		
GOMEZ		
C.C. 1.005.443.980 DE ONZAGA.		



FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR RONCANCIO"
Nit: 890.208.793-6

CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO

ACTIVIDAD

Asistencia nutricional del 25 de Marzo al 02 de Abril de 2026: desayuno, media mañana, almuerzo, onces y cena.

Nombre Completo	Documento	Firma
María Concepción Martínez Díaz	28,270,377	
Isidra Cáceres	28,377,430	
Elsida Pineda Baez	28,272,473	
Anselmo Gómez Díaz	2,133,456	
Jose Gregorio Diaz	5.697.451	
Eduvigis García Florez	23,453,805	
Fermín Quintero Rivera	5,699,152	
Maria Cleotilde Amado Quintero	28.273.387	
Elena Niño Dulcey	23,453,933	
Carlos Abraham Sanabria Archila	5.697.349	
Emma Gomez Alvares	22.417.320	
Jose De Jesus Valcarcel Sanabria	2,133,464	
Maria Margarita Castro	28.273.429	
Alvaro Isidro Jaimes Duran	5,698,233	
Dario Romero Pineda	5,697,091	

ONZAGA-SANTANDER

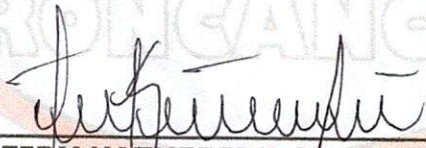
funzahogaroncancio@hotmail.com

Cra 1 No. 1-51 Celular: 321-7243389



**FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR RONCANCIO"**
Nit: 890.208.793-6

Jose Miguel Quintero Marin	2,133,742	
Silvia Ayala De Adarme	28,273,102	
Teresa Hernandez Vergara	1,048,730,252	
Maria Policarpa Medina Niño	28.271.007	
Victor Alfonso Quintero Q.	1.100.813.571	
Jesus Hernandez	2,134,638	
Ana Francisca Soler Jimenez	28,269,097	
Telmo Dulcey Monsalve	4.084.967	
María Aurora Salamanca Saavedra	28,272,774	
Nohemi Martinez Vda De Romero	28,274,633	
José Eloy Martínez Leiva	17,062,095	
Eudoxia Archila Camacho	28.270.397	
Cecilio Alfonso Amaya Pinto	91.079.363	
María Josefa Díaz Saavedra	28.270.504	


LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ
Directora "FUNZAHOGAR RONCANCIO"



FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR RONCANCIO"
Nit: 890.208.793-6

CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL

Onzaga, Abril 09 de 2026

La suscrita Representante Legal **LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1005443980 expedida en Onzaga, Santander; certifico que la **Fundación Hogar de Bienestar y del Centro Vida Luis Roncancio Onzaga**, identificada con NIT: 890.208.793-6, se encuentra al día con el pago a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensión y cajas de compensación; ICBF y SENA, de sus trabajadores durante los último SEIS (06) MESES.

Cordialmente,

LEIDY KATHERINE GOMEZ GÓMEZ
Representante Legal "Funzahogar Roncancio"

ONZAGA-SANTANDER

funzahogaroncancio@hotmail.com

Cra 1 No. 1 - 51 Celular: 321-724-3389



**FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR RONCANCIO"**
Nit: 890.208.793-6

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE LA FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR
Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO ONZAGA "FUNZAHOGAR
RONCANCIO"**

CERTIFICA

Que, en el periodo comprendido del 25 de marzo al 02 de abril de 2026, del Convenio de Asociación No. 051-2026 del Centro de Bienestar del Anciano, todos los empleados que están asociados para la ejecución de las diferentes labores, se encuentran al día en los pagos de seguridad social y parafiscales.

Para constancia de la misma se firma a los 09 días del mes de Abril de 2026.

Atentamente,


LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ
Directora "Funzahogar Roncancio"

ONZAGA-SANTANDER

funzahogaroncancio@hotmail.com

Cra 1 No. 1 - 51 Celular: 321-724-3389

CUENTA DE COBRO

FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA

LUIS RONCANCIO – ONZAGA

Nit.890.208.793-6

DEBE A:

LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ

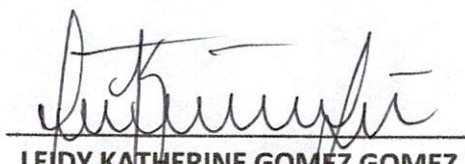
C.C. 1.005.443.980 DE ONZAGA

LA SUMA DE: SETECIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS
(\$770.256=) M/CTE

POR CONCEPTO DE: PRESTACION DE SERVICIOS COMO DIRECTOR Y REPRESENTANTE
LEGAL DE LA FUNDACION POR EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 25 DE MARZO AL 02 DE
ABRIL DE 2026

Para efectos de exención prevista en el numeral 10 del Artículo 206 del Estatuto Tributario, me permito informar que no he contratado dos (2) o más trabajadores en el desarrollo de mi actividad, certifico que me acojo al beneficio del decreto 1270 del 28 de mayo del 2013.

Expedida en Onzaga, a los 08 días del mes de Abril de 2026.



LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ
C.C. 1.005.443.980 DE ONZAGA

CUENTA DE COBRO

**FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO – ONZAGA
Nit.890.208.793-6**

DEBE A:

**MERY YULIANA ARENALES
CC. 1104184035 DE SAN JOAQUÍN**

LA SUMA DE: SEISCIENTOS MIL TRES PESOS (\$600.003=) M/CTE

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en el cargo de auxiliar de enfermería para los adultos mayores internos de la fundación en el periodo comprendido entre el 25 de marzo del 2026 al 2 de abril de 2026.

Para efectos de exención prevista en el numeral 10 del Artículo 206 del Estatuto Tributario, me permito in formar que no he contratado dos (2) o más trabajadores en el desarrollo de mi actividad, certifico que me acojo al beneficio del decreto 1270 del 28 de mayo del 2013.

Expedida en Onzaga, a los seis días (06) del mes de abril de 2026.

Mery Arenales

**MERY YULIANA ARENALES
CC. 1104184035 DE SAN JOAQUÍN**

**INFORME DE CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO CENTRO DE BIENESTAR
"FUNZAHOGAR
RONCANCIO" 2026**

Señora:
LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ
Representante Legal Funza hogar Roncancio
Supervisora
E.S.D.

**ASUNTO: INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL CARGO DE
AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE
LA FUNDACION.**

Respetuosamente doy a conocer el informe de actividades correspondientes al periodo comprendido entre el 25 de marzo al 2 de abril del 2026 en los siguientes términos:

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	DEL 25 DE MARZO AL 2 DE ABRIL DEL 2026
FECHA DE PRESENTACIÓN	06 DE ABRIL DEL 2026
NUMERO DE INFORME	Nro. 02

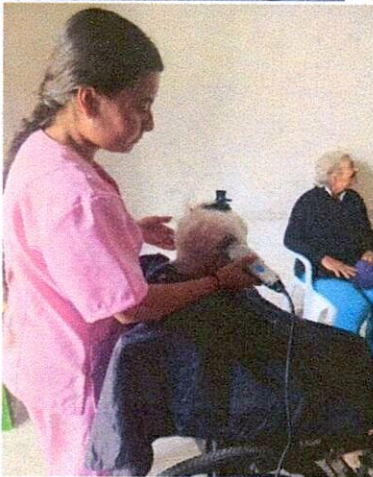
1. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

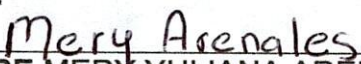
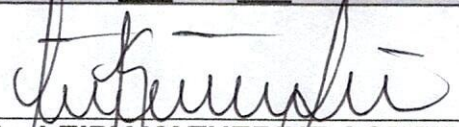
ITEM	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA
01	Cuidar de los adultos mayores durante un periodo de 12 horas	Estuve al pendiente en mis turnos del cuidado de los abuelos.
02	Administrar los respectivos medicamentos a sus horas indicadas.	Le administre los medicamentos a cada abuelo en las horas indicadas
03	Cambiar pañales a quienes corresponde.	Realice el cambio de pañales a los adultos que lo requerían en mi turno.
04	Realizar acompañamiento al baño	Lleve a los abuelos que necesitan ser acompañados al baño y espere mientras realizan sus necesidades.
05	Estar alerta a cualquier situación de salud que se presente con los adultos mayores	Estuve al pendiente de los adultos en especial de aquellos que presentaron quebrantos en mi jornada laboral.

06	Realizar acompañamiento durante la ingesta de alimentos.	estuve pendiente de los abuelos en las horas de la comida y ayudé a cucharear a quienes lo requieren.
07	Llevar pacientes a control médico.	Realice acompañamientos a los abuelos en sus citas médicas.
08	Tomar signos vitales y hacer registro de los mismos.	Tome signos vitales a cada abuelo y realice su respectivo registro.
09	Hacer notas de enfermería.	Realice notas de enfermería durante mi jornada anotando cada actividad realizada y sucesos presentados.
10	Entregar en cada turno adulto por adulto dando las respectivas indicaciones u observaciones que correspondan.	Al final de la jornada hice la respectiva entrega del turno a mi compañera con sus respectivas indicaciones de cada abuelo.

EVIDENCIAS





CONTRATISTA	Aprobado SUPERVISOR SI ☒ NO ☐ PARCIALMENTE ☐
FIRMA:  NOMBRE MERY YULIANA ARENALES CC. 1104184035 DE SAN JOAQUÍN AUXILIAR DE ENFERMERIA	 NOMBRE: LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ C.C: 1.005.443.980 DE ONZAGA SUPERVISOR

CUENTA DE COBRO

**FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO – ONZAGA
Nit.890.208.793-6**

DEBE A:

**CARMEN CECILIA PINTO
C.C 1.104.184.366 DE SAN JOAQUÍN**

LA SUMA DE: SEISCIENTOS MIL TRES PESOS(\$600.003=) M/CTE

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en el cargo de auxiliar de enfermería para los adultos mayores internos de la fundación en el periodo comprendido entre el 25 marzo de 2026 al 2 de abril de 2026.

Para efectos de exención prevista en el numeral 10 del Artículo 206 del Estatuto Tributario, me permito informar que no he contratado dos (2) o más trabajadores en el desarrollo de mi actividad, certifico que me acojo al beneficio del decreto 1270 del 28 de mayo del 2013.

Expedida en Onzaga, a los seis días (06) del mes de abril de 2026.

Carmen pinto

**CARMEN CECILIA PINTO
C.C 1.104.184.366 DE SAN JOAQUÍN**

CUENTA DE COBRO

**FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO – ONZAGA
Nit.890.208.793-6**

DEBE A:

**CARMEN CECILIA PINTO
CC. 11041843566 DE SAN JOAQUÍN**

LA SUMA DE: CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS (\$58.000=) M/CTE

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en el cargo de auxiliar de enfermería para los adultos mayores correspondiente a un turno diurno el 31 de marzo del 2026.

Expedida en Onzaga, a los seis días (06) del mes de abril de 2026.

Carmen Cecilia Pinto Forero
**CARMEN CECILIA PINTO
CC. 11041843566 DE SAN JOAQUÍN**

**INFORME DE CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO CENTRO DE BIENESTAR
"FUNZA HOGARRONCANCIO" 2026**

Señora:
LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ
Representante Legal Funza hogar Roncancio
Supervisora
E.S.D.

**ASUNTO: INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL CARGO DE
AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE
LA FUNDACION.**

Respetuosamente doy a conocer el informe de actividades correspondientes al periodo comprendido entre el 25 de marzo al 2 de abril del 2026 en los siguientes términos:

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	DEL 25 DE MARZO AL 2 DE ABRIL DEL 2026
FECHA DE PRESENTACIÓN	06 DE ABRIL DEL 2026
NUMERO DE INFORME	Nro. 02

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

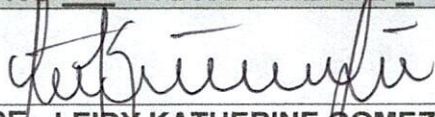
ITEM	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA
01	Cuidar de los adultos mayores durante un periodo de 12 horas	Estuve al pendiente en mis turnos del cuidado de los abuelos.
02	Administrar los respectivos medicamentos a sus horas indicadas.	Le administre los medicamentos a cada abuelo en las horas indicadas
03	Cambiar pañales a quienes corresponde.	Realice el cambio de pañales a los adultos que lo requerían en mi turno.
04	Realizar acompañamiento al baño	Lleve a los abuelos que necesitan ser acompañados al baño y espere mientras realizan sus necesidades.
05	Estar alerta a cualquier situación de salud que se presente con los adultos mayores	Estuve al pendiente de los adultos en especial de aquellos que presentaron quebrantos en mi jornada laboral.

06	Realizar acompañamiento durante la ingesta de alimentos.	estuve pendiente de los abuelos en las horas de la comida y ayudé a cucharear a quienes lo requieren.
07	Llevar pacientes a control médico.	Realice acompañamientos a los abuelos en sus citas médicas.
08	Tomar signos vitales y hacer registro de los mismos.	Tome signos vitales a cada abuelo y realice su respectivo registro.
09	Hacer notas de enfermería.	Realice notas de enfermería durante mi jornada anotando cada actividad realizada y sucesos presentados.
10	Entregar en cada turno adulto por adulto dando las respectivas indicaciones u observaciones que correspondan.	Al final de la jornada hice la respectiva entrega del turno a mi compañera con sus respectivas indicaciones de cada abuelo.

EVIDENCIAS





CONTRATISTA	Aprobado SUPERVISOR SI ☒ NO ☐ PARCIALMENTE ☐
FIRMA: Yuranis Ballesteros A.	
NOMBRE: YURANIS BALLESTEROS ARCÓN C.C: 39.143.907 DE CIENAGA MAGDALENA AUXILIAR DE ENFERMERIA	NOMBRE: LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ C.C: 1.005.443.980 DE ONZAGA SUPERVISOR

CUENTA DE COBRO

**FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO – ONZAGA
Nit.890.208.793-6**

DEBE A:

**YURANIS BALLESTEROS ARCÓN
C.C:39.143.907 DE CIENAGA MAGDALENA**

LA SUMA DE: SEISCIENTOS MIL TRESPESOS(\$ 600.003=) M/CTE

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en el cargo de auxiliar de enfermería para los adultos mayores internos de la fundación en el periodo comprendido entre el 25 de marzo de 2026 al 2 de abril de 2026.

Para efectos de exención prevista en el numeral 10 del Artículo 206 del Estatuto Tributario, me permito informar que no he contratado dos (2) o más trabajadores en el desarrollo de mi actividad, certifico que me acojo al beneficio del decreto 1270 del 28 de mayo del 2013.

Expedida en Onzaga, a los seis días (06) del mes de abril de 2026.

Yuranis Ballesteros Arcón
**YURANIS BALLESTEROS ARCÓN
C.C:39.143.907 DE CIENAGA MAGDALENA**

**INFORME DE CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO CENTRO DE BIENESTAR
"FUNZA HOGAR RONCANCIO" 2026**

Señora:

LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ

Representante Legal Funza hogar Roncancio

Supervisora

E.S.D.

**ASUNTO: INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL CARGO DE
AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE
LA FUNDACION.**

Respetuosamente doy a conocer el informe de actividades correspondientes al periodo comprendido entre el 25de marzo al 2 de abril del 2026 en los siguientes términos:

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	DEL 25DE MARZO AL 2 DE ABRIL DEL 2026
FECHA DE PRESENTACIÓN	06 DE ABRIL DEL 2026
NUMERO DE INFORME	Nro. 02

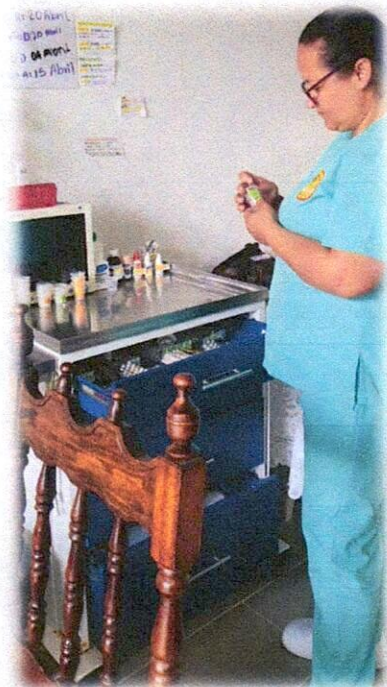
GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

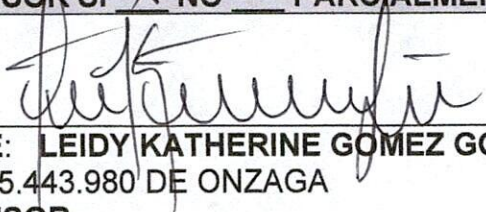
ITEM	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA
01	Cuidar de los adultos mayores durante un periodo de 12 horas	Estuve al pendiente en mis turnos del cuidado de los abuelos.
02	Administrar los respectivos medicamentos a sus horas indicadas.	Le administre los medicamentos a cada abuelo en las horas indicadas
03	Cambiar pañales a quienes corresponde.	Realice el cambio de pañales a los adultos que lo requerían en mi turno.
04	Realizar acompañamiento al baño	Lleve a los abuelos que necesitan ser acompañados al baño y espere mientras realizan sus necesidades.
05	Estar alerta a cualquier situación de salud que se presente con los adultos mayores	Estuve al pendiente de los adultos en especial de aquellos que presentaron quebrantos en mi jornada laboral.

06	Realizar acompañamiento durante la ingesta de alimentos.	estuve pendiente de los abuelos en las horas de la comida y ayudé a cucharear a quienes lo requieren.
07	Llevar pacientes a control médico.	Realice acompañamientos a los abuelos en sus citas médicas.
08	Tomar signos vitales y hacer registro de los mismos.	Tome signos vitales a cada abuelo y realice su respectivo registro.
09	Hacer notas de enfermería.	Realice notas de enfermería durante mi jornada anotando cada actividad realizada y sucesos presentados.
10	Entregar en cada turno adulto por adulto dando las respectivas indicaciones u observaciones que correspondan.	Al final de la jornada hice la respectiva entrega del turno a mi compañera con sus respectivas indicaciones de cada abuelo.

EVIDENCIA





CONTRATISTA	Aprobado SUPERVISOR SI ☒ NO ☐ PARCIALMENTE ☐
FIRMA: <i>Carmen Cecilia Pinto Forero</i> NOMBRE CARMEN CECILIA PINTO CC. 11041843566 DE SAN JOAQUÍN AUXILIAR DE ENFERMERIA	 NOMBRE: LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ C.C: 1.005.443.980 DE ONZAGA SUPERVISOR

CUENTA DE COBRO

**FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO – ONZAGA
Nit.890.208.793-6**

CENTRO DE BIENESTAR

DEBE A:

**LILIANA CORREDOR MAYORGA
C.C. 1.100.812.401 DE ONZAGA**

LA SUMA DE: SEIS CIENTOS MIL TRES PESOS (\$600.003=) M/CTE

POR CONCEPTO DE: Prestar el servicio como auxiliar de enfermería en el Centro de Bienestar en el periodo comprendido del 25 de Marzo al 02 de Abril de 2026.

Para efectos de exención prevista en el numeral 10 del Artículo 206 del Estatuto Tributario, me permito in formar que no he contratado dos (2) o más trabajadores en el desarrollo de mi actividad, certifico que me acojo al beneficio del decreto 1270 del 28 de mayo del 2013.

Expedida en Onzaga, a los 06 días del mes de Abril del 2026.



**LILIANA CORREDOR MAYORGA
C.C. 1.100.812.401 DE ONZAGA**

**INFORME DE CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO CENTRO DE BIENESTAR "FUNZAHOGAR
RONCANCIO" DE 2026**

Señora:

LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ

Representante Legal Funza hogar Roncancio

Supervisora

E.S.D.

ASUNTO: PRESTAR EL SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE LA FUNDACION.

Respetuosamente doy a conocer el informe de actividades correspondientes al periodo comprendido del 25 de Marzo al 02 de Abril de 2026 en los siguientes términos:

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	Del 25 de Marzo al 02 de Abril de 2026
FECHA DE PRESENTACIÓN	06 de Abril de 2026
NUMERO DE INFORME	Nro. 002

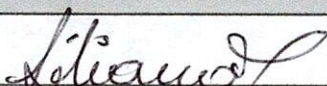
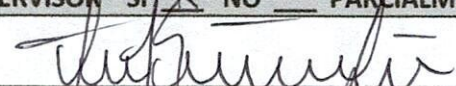
1. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS

ITEM	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA
1	cuidar de los adultos mayores durante un periodo de 12 horas diurnas o nocturnas según corresponda la planilla de turnos.	
2	Administrar los respectivos medicamentos a sus horas indicadas.	
3	"cambios de sondas vesicales".	
4	Cambiar pañales a quienes corresponde.	
5	Realizar baño general asistido a los usuarios postrados y acompañamiento a los funcionales.	
6	Estar alerta a cualquier situación de salud que se presente con los adultos mayores	
7	Realizar acompañamiento durante la ingesta de alimentos y asistir a quienes no lo pueden hacer por sus propios medios.	
8	Realizar actividades con los usuarios para promover la sana convivencia.	
9	Llevar pacientes a control médico.	
10	Realizar notas de enfermería correspondientes a los turnos realizados.	
11	Lubricación de la piel, arreglo personal y acompañamiento en la deambulaci3n de los usuarios.	
12	Toma y registro de los signos vitales a cada uno de los usuarios.	
13	Entregar en cada turno adulto por adulto dando las respectivas indicaciones u observaciones que corresponda.	

ARCHIVO FOTOGRAFICO





CONTRATISTA	Aprobado SUPERVISOR SI ☒ NO ☐ PARCIALMENTE ☐
FIRMA: 	
NOMBRE: LILIANA CORREDOR MAYORGA C.C. 1.100.812.401 DE ONZAGA AUXILIAR DE ENFERMERIA	NOMBRE: LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ C.C: 1005443980/DE ONZAGA DIRECTORA

CUENTA DE COBRO

**FUNDACIÓN DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO
NIT 8902087936**

DEBE A:

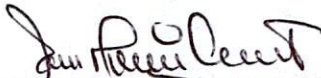
**ANA MILENA CORDERO TIBADUIZA
CC 28.272.701**

LA SUMA DE:

SEISCIENTOS MIL TRES PESOS MCTE (\$600.003)

POR CONCEPTO DE:

**PRESTACION DE SERVICIOS GENERALES DURANTE EL PERIODO
COMPRENDIDO DEL 25 DE MARZO AL 02 DE ABRIL DEL 2026.**


**ANA MILENA CORDERO TIBADUIZA
CC 28.272.701**

CUENTA DE COBRO

**FUNDACIÓN DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO
NIT 8902087936**

DEBE A:

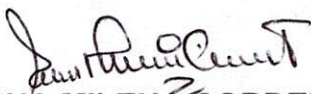
**ANA MILENA CORDERO TIBADUIZA
CC 28.272.701**

LA SUMA DE:

Ciento setenta y cuatro mil pesos MCTE (\$174.000)

POR CONCEPTO DE:

**TURNOS EXTRAS REALIZADOS COMO AUXILIARES DE SERVICIOS
GENERALES MES DE MARZO 2026**


**ANA MILENA CORDERO TIBADUIZA
CC 28.272.701**

FUNDACIÓN DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	25 DE MARZO AL 02 DE ABRIL DE 2026
FECHA DE PRESENTACION	08 DE ABRIL DE 2026
NUMERO DE INFORME	No 002

Señora:

LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ

Representante Legal Funza hogar Roncancio

Supervisora

E.S.D.

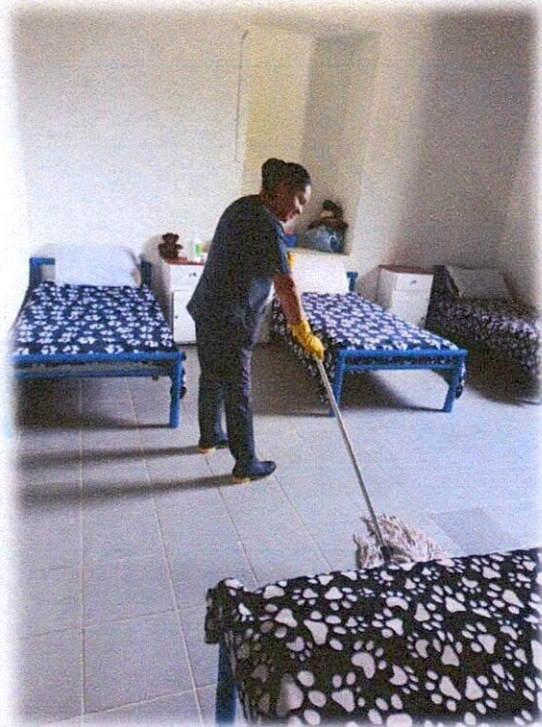
Me permito hacer entrega del segundo (02) informe de actividades realizadas en el periodo comprendido del 25 de Marzo al 02 de Abril del 2026.

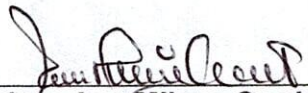
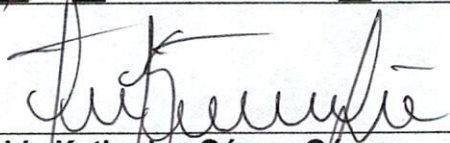
No.	OBLIGACIÓN	
01	Mantener todas las instalaciones de la institución aseadas	Se realizo el aseo y limpieza de todas las instalaciones de la casa del anciano.
02	Mantener y cuidar las zonas verdes de la institución	Se realiza limpieza de las zonas verdes, así como su cuidado.
03	Alistar diariamente la ropa para los adultos mayores.	Se realiza limpieza y alistamiento de la ropa de cada uno de los adultos mayores.
04	Colaborar con la vigilancia de los adultos mayores.	Se brinda vigilancia y acompañamiento a los adultos mayores mientras realizan sus actividades diarias.
05	Informar las anomalías presentadas.	Se esta pendiente de las anomalías o dificultades e informa al supervisor.
06	Acatar las instrucciones que se le sean brindadas por el empleador a sus representantes para el debido cumplimiento.	Se acatan las respectivas instrucciones realizadas por el empleador.

07	Velar por el cuidado de los elementos que estén a su cargo y que hagan parte de la institución.	Se cuidan cada uno de los elementos dispuestos para realizar las actividades diarias.
08	Cumplir con el horario establecido para el ejercicio de sus funciones.	Se cumple con los horarios establecidos para realizar las respectivas funciones a mi cargo.
09	Velar por la eficiente recolección, clasificación y disposición final de los desechos orgánicos e inorgánicos de la institución.	Se realiza la respectiva recolección y clasificación de los residuos y se está pendiente para la disposición final.
10	Ser empáticos y comprensivo con los adultos mayores..	Se brinda un trato respetuoso y amable con los adultos mayores.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS





CONTRATISTA	Aprobado SUPERVISOR SI ☒ NO ☐ PARCIALMENTE ☐
	
Nombre: Ana Milena Cordero Tibaduiza Cc 28.272.701	Leidy Katherine Gómez Gómez CC. 1.005.443.980 Supervisor

CUENTA DE COBRO

**FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR
LUIS RONCANCIO – ONZAGA
Nit.890.208.793-6**

CENTRO DE BIENESTAR

DEBE A:

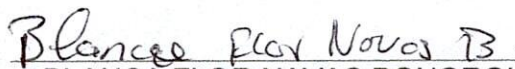
**BLANCA FLOR NAVAS BOHORQUEZ
C.C 28.272.159**

LA SUMA DE: SEISCIENTOS MIL TRES PESOS(600.003=) M/CTE

POR CONCEPTO DE: Informe de ejecución como manipuladora de alimentos en centro de bienestar para los adultos mayores internos de la fundación desde el 25 de marzo al 2 de abril del 2026.

Para efectos de exención prevista en el numeral 10 del Artículo 206 del Estatuto Tributario, me permito informar que no he contratado dos (2) o más trabajadores en el desarrollo de mi actividad, certifico que me acojo al beneficio del decreto 1270 del 28 de mayo del 2013.

Expedida en Onzaga, a los 06 días del mes de abril del año 2026.


**BLANCA FLOR NAVAS BOHORQUEZ
C.C 28.272.159**

**INFORME DE CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO CENTRO DE BIENESTAR
"FUNZAHOGAR
RONCANCIO"**

Señor/a:
Leidy katherine Gomez Gomez
Representante Legal Funzahogar Roncancio
Supervisor
E.S.D.

**ASUNTO: INFORME DE EJECUCION EN EL CARGO DE
MANIPULADORA DE ALIMENTOS EN EL CENTRO DE BIENESTAR DEL
ANCIANO - ADULTOS MAYORES INTERNOS DE LA FUNDACION.**

Respetuosamente doy a conocer el informe de actividades correspondientes al periodo comprendido entre el 25 de marzo al 02 de abril del 2026 en los siguientes términos:

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	DEL 25 DE MARZO AL 2 DE ABRIL DEL 2026
FECHA DE PRESENTACIÓN	6 DE ABRIL DEL 2026
NUMERO DE INFORME	Nro. 02

1. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

ITEM	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA FOTOGRAFICA
01	Prepare alimentos para 30 adultos mayores durante este mes, teniendo en cuenta, las cantidades Proporcionadas por la nutricionista.	Se prepararon diariamente los alimentos según el menú establecido por la nutricionista, cumpliendo con las indicaciones nutricionales y porciones requeridas	
02	Realice una buena desinfección, a los comedores de la fundación y al área donde se reúnen los adultos Mayores para el consumo de alimentos.	Se realizó la debida desinfección al comedor y área de alimentación donde reciben los alimentos los adultos mayores de la fundación.	

03	Realice la adecuada desinfección y un almacenamiento, al mercado y a los diferentes viveres Que ingresan a la fundación	Se llevó a cabo la limpieza, desinfección, selección y corte de alimentos, así como su adecuada conservación mediante refrigeración o esterilización según lo exigido por las normas sanitarias.	
04	Cumplí con total reciclaje, colocando cada desecho producido en la cocina, en sus respectivas canecas.	Cumplí con el correcto reciclaje, colocando cada desecho producido en la cocina, en sus respectivas canecas.	
05	Realice la desinfección indicada al menaje de la cocina, siguiendo los parámetros de la tabla de diluciones Del hipoclorito, utilizando los métodos de protección, como gorro, tapabocas, guantes, delantal plástico.	Se realizó la correcta desinfección del menaje antes y después de cada uso, con los respectivos parámetros de desinfección y normas de protección requeridas .	

06	Di cumplimiento en la entrega de los alimentos a los 30 adultos mayores de la fundación, en los horarios Establecidos por la misma.	Di cumplimiento con la entrega de los alimentos en los horarios establecidos a los 30 adultos mayores de la fundación.	
07	Estuve al pendiente de los adultos mayores y les colabore en todo lo que pude.	Realice y estuve al pendiente de los adultos mayores de la fundación cuando requieren que se les colabore como un vaso de agua para tomarse alguna pastilla, o ayudarlos a cuidar cuando por motivos mayores la enfermera de turno me pide el favor por motivos de llevar a otro adulto mayor al hospital.	

CONTRATISTA	Aprobado SUPERVISOR SI ☒ NO ☐ PARCIALMENTE ☐
FIRMA: <i>Blanca Flor Navas B.</i>	<i>[Signature]</i>
NOMBRE: Blanca Flor Navas Bohórquez C.C 28.272.159	NOMBRE: Leidy Katherine Gomez Gomez C.C. 1005443980 de Orzaga

CUENTA DE COBRO

**FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR
LUIS RONCANCIO – ONZAGA
Nit.890.208.793-6**

CENTRO DE BIENESTAR

DEBE A:

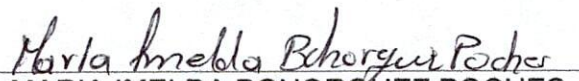
**MARIA IMELDA BOHORQUEZ POKES
C.C 28.272.598**

LA SUMA DE: SEISCIENTOS MIL TRES PESOS(600.003=) M/CTE

POR CONCEPTO DE: Informe de ejecución como manipuladora de alimentos en centro de bienestar para los adultos mayores internos de la fundación desde el 25 de marzo al 2 de abril del 2026.

Para efectos de exención prevista en el numeral 10 del Artículo 206 del Estatuto Tributario, me permito informar que no he contratado dos (2) o más trabajadores en el desarrollo de mi actividad, certifico que me acojo al beneficio del decreto 1270 del 28 de mayo del 2013.

Expedida en Onzaga, a los 06 días del mes de abril del año 2026.


**MARIA IMELDA BOHORQUEZ POKES
C.C 28.272.598**

**INFORME DE CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO CENTRO DE BIENESTAR
"FUNZAHOGAR
RONCANCIO"**

Señor/a:

Leidy katherine Gomez Gomez

Representante Legal Funzahogar Roncancio

Supervisor

E.S.D.

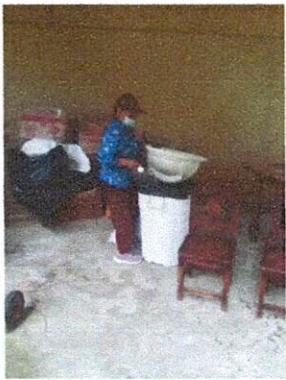
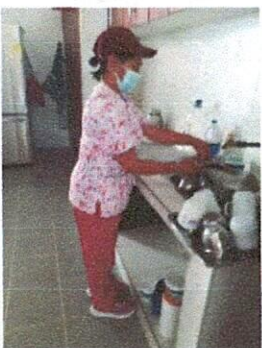
**ASUNTO: INFORME DE EJECUCION EN EL CARGO DE
MANIPULADORA DE ALIMENTOS EN EL CENTRO DE BIENESTAR DEL
ANCIANO - ADULTOS MAYORES INTERNOS DE LA FUNDACION.**

Respetuosamente doy a conocer el informe de actividades correspondientes al periodo comprendido entre el 25 de marzo al 02 de abril del 2026 en los siguientes términos:

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	DEL 25 DE MARZO AL 2 ABRIL DEL 2026
FECHA DE PRESENTACIÓN	6 DE ABRIL DEL 2026
NUMERO DE INFORME	Nro. 02

1. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

ITEM	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA FOTOGRAFICA
01	Prepare alimentos para 30 adultos mayores durante este mes, teniendo en cuenta, las cantidades proporcionadas por la nutricionista.	Se prepararon diariamente los alimentos según el menú establecido por la nutricionista, cumpliendo con las indicaciones nutricionales y porciones requeridas	
02	Realice una buena desinfección, a los comedores de la fundación y al área donde se reúnen los adultos Mayores para el consumo de alimentos.	Se realizó la debida desinfección al comedor y área de alimentación donde reciben los alimentos los adultos mayores de la fundación.	

03	Realice la adecuada desinfección y un almacenamiento, al mercado y a los diferentes víveres Que ingresan a la fundación	Se llevó a cabo la limpieza, desinfección, selección y corte de alimentos, así como su adecuada conservación mediante refrigeración o esterilización según lo exigido por las normas sanitarias.	
04	Cumplí con total reciclaje, colocando cada desecho producido en la cocina, en sus respectivas canecas.	Cumplí con el correcto reciclaje, colocando cada desecho producido en la cocina, en sus respectivas canecas.	
05	Realice la desinfección indicada al menaje de la cocina, siguiendo los parámetros de la tabla de diluciones Del hipoclorito, utilizando los métodos de protección, como gorro, tapabocas, guantes, delantal plástico.	Se realizó la correcta desinfección del menaje antes y después de cada uso, con los respectivos parámetros de desinfección y normas de protección requeridas .	

06	Di cumplimiento en la entrega de los alimentos a los 30 adultos mayores de la fundación, en los horarios establecidos por la misma.	Di cumplimiento con la entrega de los alimentos en los horarios establecidos a los 30 adultos mayores de la fundación.	
07	Estuve al pendiente de los adultos mayores y les colabore en todo lo que pude.	Realice y estuve al pendiente de los adultos mayores de la fundación cuando requieren que se les colabore como un vaso de agua para tomarse alguna pastilla, o ayudarlos a cuidar cuando por motivos mayores la enfermera de turno me pide el favor por motivos de llevar a otro adulto mayor al hospital.	

CONTRATISTA	Aprobado SUPERVISOR SI ☒ NO ☐ PARCIALMENTE ☐
FIRMA: <i>Maria Imelda Bohorquez Poches</i> NOMBRE: MARIA IMELDA BOHORQUEZ POCHES C.C 28.272.598	<i>Leidy Katherine Gomez Gomez</i> NOMBRE: Leidy Katherine Gomez Gomez C.C. 1005443980 de Ontaraga

FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA

LUIS RONCANCIO- ONZAGA

NIT: 890.208.793-6

CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO

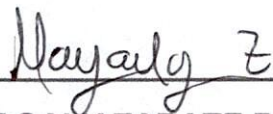
DEBE A:

MAGALY ZARATE RAMIREZ

C.C 1005443711

LA SUMA DE: CIENTO TREINTA Y CINCO MIL PESOS (\$135.000, 00) M/CTE.

POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios como psicóloga, del 25 de Marzo al 02 de Abril del 2026.



MAGALY ZARATE RAMIREZ

C.C. 1005443711 DE ONZAGA

Señora:

LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ

Coordinadora centro de bienestar del anciano

Supervisora

ASUNTO: INFORME PARCIAL DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO PSICOLOGA DE LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE LA FUNDACION DE BIENESTAR DEL ANCIANO.

Cordial saludo,

La suscrita MAGALY ZARATE RAMIREZ identificada con Cedula de ciudadanía N°. 1.005.443.711 de Onzaga, actuando en calidad de contratista de la fundación de bienestar del anciano del municipio de Onzaga, de manera atenta me permito allegar a su despacho el presente informe parcial de ejecución, en el cual relaciono las actividades desarrolladas en el periodo comprendido entre el 25 de Marzo al 02 de Abril en cumplimiento del contrato de prestación de servicios como psicóloga de los adultos mayores internos de la fundación de bienestar del anciano.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS.

La atención psicosocial brindada a los adultos mayores del Centro de bienestar del anciano (CBA) del municipio de Onzaga, comprende la atención de la población en mención. Tiene como objetivo garantizar la atención psicosocial en el ámbito preventivo, mitigación de la incidencia de patologías psico-cognitivas conductuales propias de este grupo etario, incluyendo efectos psico-sociales asociados a las mismas.

El área de psicología durante el periodo vigente para el presente informe realizó:

- **Intervenciones grupales**

En este aspecto se realizó un taller psicoeducativo a los adultos mayores, cuyo tema abordado y objetivo fue el siguiente:

Taller 1. "¿Cómo organizas?".

Objetivo: Promover la creatividad, fortalecer la motricidad y el pensamiento de los adultos mayores.

Resultado: Por medio de pelotas de colores los adultos mayores pusieron a prueba su habilidad para organizar adecuadamente los colores en las líneas correspondientes fortaleciendo su agilidad motriz y su pensamiento.

- **Valoraciones individuales**

Se realizó la atención individual de valoración y seguimiento psicológico a algunos adultos mayores del CBA de manera satisfactoria, dejándose soporte físico de sus historias clínicas en el archivo institucional. Estas intervenciones se direccionaron a las siguientes áreas: Cognitiva, somática, familiar, afectiva, social, motivacional. Dentro de las cuales se evaluaron los procedimientos mentales, conocimiento, orientación, síntomas clínicos del adulto mayor, valores, actitudes, interacción en diferentes entornos, estructura y red de apoyo familiar y sus habilidades y destrezas propias de cada adulto mayor.

De igual manera se aprovecharon estos espacios para el reforzamiento individual de acciones que contribuyen al manejo de emociones, comportamiento, conducta, relaciones sociales y aspectos de interacción con sus compañeros.

- **Reforzamiento del componente cognitivo**

Durante el periodo que comprende el presente informe, se realiza el reforzamiento cognitivo a los adultos mayores del CBA, como un refuerzo de aprendizaje. Se realiza de manera directa con los adultos mayores guiándolos a ejercitar su memoria, concentración, razonamiento, creatividad y percepción. Esto con el fin de ejercitar su memoria, recordar situaciones agradables de su vida y la rehabilitación del deterioro mental y cognitivo del adulto. Esta actividad disminuye el estado de aburrimiento, irritabilidad, angustia y ansiedad, permitiendo sacar al adulto mayor de la monotonía durante algunos instantes.

- **Apoyo psicoemocional por trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad física**

Se brinda apoyo psicoemocional a los adultos mayores residentes en el Centro de Bienestar del Anciano, manejando aspectos psicoafectivos del envejecimiento. De acuerdo con la observación directa realizada y a solicitud tanto de los adultos mayores, como de la coordinadora del CBA se tiene en cuenta que algunos de los adultos mayores residentes allí, presentan problemas de movilidad, por lo tanto, se apoya de manera psicoemocional en relación a la patología que presente el adulto mayor, identificando que algunas de estas patologías son propias de la edad y que afectan no solo su salud física, sino también su salud mental, desempeño psicomotriz y desarrollo psicosocial. De esta forma se contribuye de manera significativa en el área psicológica, social y conductual del adulto mayor.

Instrumentos utilizados en la atención psicosocial

- **Entrevista semiestructurada:** Permite el abordaje flexible del adulto mayor comprendiendo las áreas cognitiva, psicológica, comportamental, afectiva, somática, social y familiar.

- **Observación directa:** Este método de recolección de datos permite familiarizarse con un determinado grupo de individuos, facilitando la identificación de elementos importantes de su entorno social.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



Magaly E
MAGALY ZARATE RAMIREZ
Psicóloga

CUENTA DE COBRO

**FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO – ONZAGA
Nit.890.208.793-6**

CENTRO DE BIENESTAR

DEBE A:

**JONATHAN DAVID LEÓN VERGARA
1005443861 DE ONZAGA SANTANDER**

LA SUMA DE: CIENTO TREINTA Y CINCO MIL PESOS (\$135.000) M/CTE

POR CONCEPTO DE: prestar el servicio como instructor de actividades físicas y deportivas a los adultos mayores internos de la fundación centro de bienestar del anciano en el periodo comprendido del 25 de marzo y el 02 de abril de 2026.

Para efectos de exención prevista en el numeral 10 del Artículo 206 del Estatuto Tributario, me permito informar que no he contratado dos (2) o más trabajadores en el desarrollo de mi actividad, certifico que me acojo al beneficio del decreto 1270 del 28 de mayo del 2013.

Expedida en Onzaga, a los 08 días del mes de abril del 2026.

Jonathan León V.

JONATHAN DAVID LEÓN VERGARA

1005443861 DE ONZAGA SANTANDER

INFORME DE CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO CENTRO DE BIENESTAR "FUNZAHOGAR
RONCANCIO"

Señora:

LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ

Representante Legal Funzahogar Roncancio

Supervisor

E.S.D.

ASUNTO: PRESTAR EL SERVICIO COMO INSTRUCTOR DE ACTIVIDADES FISICAS Y DEPORTIVAS A LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO

Respetuosamente doy a conocer el informe de actividades correspondientes al periodo comprendido entre el 26 de marzo al 02 de abril de 2026 en los siguientes términos:

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	25 de marzo al 02 de abril de 2026
FECHA DE PRESENTACIÓN	08 de abril de 2026
NUMERO DE INFORME	02

1. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

ITEM	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA
01	Programar y ejecutar las actividades a trabajar con los Adultos Mayores.	Se programaron y ejecutaron actividades orientadas al fortalecimiento general y la salud cardiovascular, recreación por medio de juegos autóctonos y aprovechamiento del tiempo libre.
02	Realizar todas las actividades respectivas tres (3) veces por semana por un periodo de una (1) hora.	Se llevaron a cabo 3 sesiones, una destinada al fortalecimiento muscular, movilidad articular y estiramientos, una sesión para la recreación y esparcimiento, finalmente una sesión con el objetivo de mejorar la salud cardiovascular, llevando a cabo caminatas al aire libre.
03	Presentar el cronograma al director.	Se planteó el cronograma de trabajo en donde se destinaron 3 sesiones, con el compromiso de cumplimiento y ajuste de horarios necesario.

04	Incorporar normas y hábitos de ejercicios físicos que contribuyan al bienestar saludable de los Adultos Mayores.	A través de una sesión de fortalecimiento muscular con énfasis en los flexores de cadera, se contribuyó al mejoramiento de la marcha y la prevención de caídas.
05	Conocimiento y manejo de técnicas que permitan enfrentar adecuadamente el deterioro orgánico y motor, derivado del proceso natural de envejecimiento.	Se planearon y ejecutaron ejercicios que contribuyen a mejorar la fuerza general, previniendo caídas y mejora la funcionalidad del mismo. En estas rutinas se usaron pesas artesanales.
06	Motivar la práctica de actividad física, sistemática y regular, como un elemento significativo, en la prevención, fomento, desarrollo y rehabilitación de la salud.	Mediante caminatas al aire libre y ejercicios de fortalecimiento muscular se resaltó la importancia de la actividad física para mantener la autonomía e independencia. Los terrenos inestables como subidas y bajadas permiten evidenciar la funcionalidad de la marcha de los adultos mayores y a su vez recalca en los adultos más limitados funcionalmente la importancia de realizar actividad física.
07	Practicar los juegos autóctonos de nuestra región.	El juego de bolirrana y juegos de precisión son de gran agrado de los adultos mayores, esta sesión permitió a los adultos menos funcionales integrarse con sus similares, mejorando la convivencia y estado anímico gracias a su naturaleza competitiva.
08	En general cumplir con el trabajo respectivo en bien de la atención del Adulto Mayor.	Se cumplió con responsabilidad en la atención prestada a los adultos mayores, manteniendo un alto nivel de empatía y respeto, y considerando siempre las limitaciones y capacidades individuales.
09	Presentar informe de actividades al director, de conformidad con las cláusulas aquí establecidas.	Se presentó el informe teniendo en cuenta las cláusulas establecidas en el contrato, adjuntado la evidencia fotográfica correspondiente que respalda las actividades planteadas.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS:

- Caminatas al aire libre en ambiente natural.

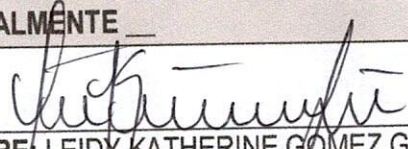


- Ejercicios de fortalecimiento muscular con énfasis en flexores de cadera y músculos estabilizadores de la marcha.



- Practica de juegos autóctonos (Bolirrana)



CONTRATISTA	Aprobado SUPERVISOR SI ☒ NO ☐ PARCIALMENTE ☐
FIRMA: Jonathan León V.	
NOMBRE: JONATHAN DAVID LEON VERGARA C.C. 1005443861 ONZAGA SANTANDER	NOMBRE: LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ C.C. 1.005.443.980 DE ONZAGA

CUENTA DE COBRO

**FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO – ONZAGA
Nit.890.208.793-6**

CENTRO DE BIENESTAR

DEBE A:

**YENYFER PAOLA MORENO GOMEZ
C.C: 1.090.472.733 de Cúcuta**

**LA SUMA DE: CIENTO TREINTA Y CINCO MIL PESO
(\$135.000) M/CTE**

**POR CONCEPTO DE: PRESTAR EL SERVICIO COMO INSTRUCTOR DE ACTIVIDADES
ARTISTICAS Y CULTURALES A LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE LA FUNDACION
CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO**

Para efectos de exención prevista en el numeral 10 del Artículo 206 del Estatuto Tributario, me permito informar que no he contratado dos (2) o más trabajadores en el desarrollo de mi actividad, certifico que me acojo al beneficio del decreto 1270 del 28 de mayo del 2013.

Expedida en Onzaga, 8 de abril del 2026

Yenyfer Paola Moreno Gómez
YENYFER PAOLA MORENO GOMEZ
C.C: 1.090.472.733 de Cúcuta

**INFORME DE CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO
CENTRO DE BIENESTAR
"FUNZAHOGAR RONCANCIO"**

Señora:
LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ
Representante Legal Funzahogar Roncancio
Supervisor
E.S.D.

**ASUNTO: PRESTAR EL SERVICIO COMO INSTRUCTOR DE ACTIVIDADES
ARTISTICAS Y CULTURALES A LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE
LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO.**

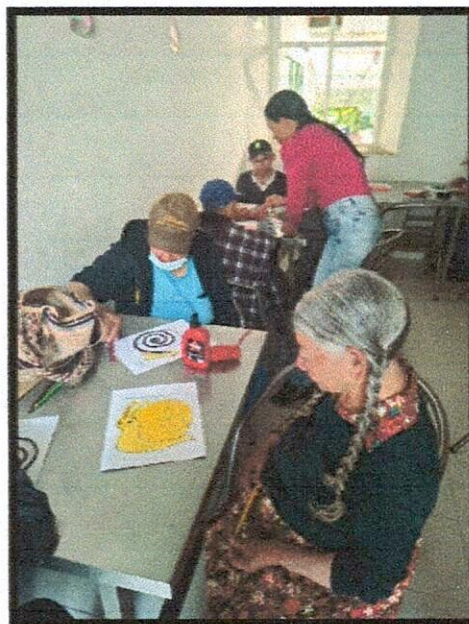
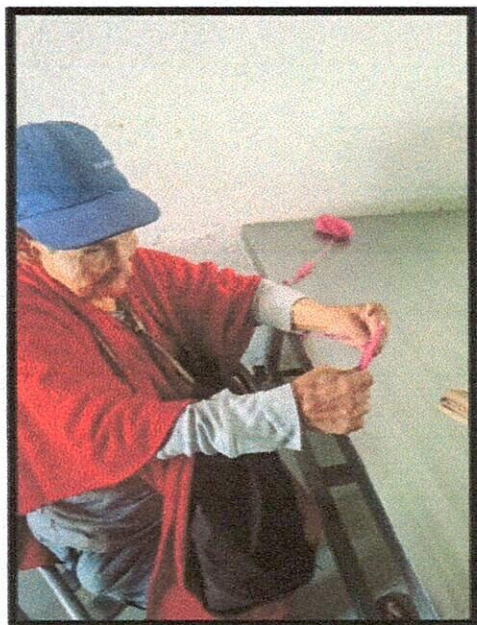
Respetuosamente doy a conocer el informe de actividades correspondientes al periodo comprendido entre el 25 de marzo al 2 abril en los siguientes términos:

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	DEL 25 DE MARZO AL 2 ABRIL DEL 2026
FECHA DE PRESENTACIÓN	8 DE ABRIL 2026
NUMERO DE INFORME	Nº 2

1. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

ITEM	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA
1.	Planificar y ejecutar las actividades respectivas con el director de Centro de Bienestar	Se planifico las actividades respectivas junto con la directora de Centro de Bienestar
2.	Elaborar el respectivo cronograma de trabajo	Se realizo el respectivo cronograma de actividades correspondientes entre el 25 de marzo al 2 abril.
3.	Realizar actividades manuales permanentes con los adultos mayores tres (3) veces por semana por un periodo de una (1) hora.	Se realizo tres actividades de manuales por un periodo de una hora con los adultos mayores trabajando motricidad fina y cognitiva ayudando a mantener su mente activa, fortalecer su cuerpo, regular sus emociones.
4.	Evaluar e identificar los tipos de destrezas que tiene cada Adulto Mayor para crear o construir diferentes manualidades.	Se realizo el evaluó a cada adulto mayor de sus capacidades para realizar y crear. Se le llevo actividades acordes a sus destrezas.
5.	Explicar y ayudar a cada adulto mayor en la elaboración de cada manualidad.	Se realizo acompañamiento a cada adulto mayor explicándole y ayudando a la realización de cada actividad
6.	Proporcionar recursos y estrategias para que el desarrollo de las actividades no tenga contratiempos.	Se proporciona el espacio adecuado, materiales apropiados, instrucciones claras y un acompañamiento facilitando que las actividades se desarrollen sin ningún problema y participar de forma activa.
7.	Proporcionar pautas y estrategias para que cada Adulto mayor se motive y pueda cumplir con los objetivos	Se busca que cada adulto mayor se sienta motivado, valorado y capaz de logrando los objetivos propuestos y participar de forma activa convirtiendo cada actividad en experiencias seguras, agradables y significativas para los adultos mayores
8.	Rendir informe mensual del cumplimiento de las funciones.	Se realiza el informe correspondiente del mes de marzo

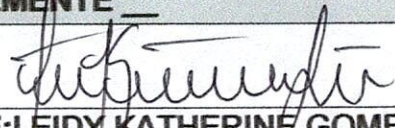
EVIDENCIAS FOTGRAFICAS



CONTRATISTA

Aprobado
SUPERVISOR SI ☒ NO ☐
PARCIALMENTE ☐

FIRMA: Yenyfer Paola Moreno Gómez
NOMBRE: YENYFER PAOLA MORENO GOMEZ
C.C: 1.090.472.733 de Cúcuta

FIRMA: 
NOMBRE: LEIDY KATHERINE GOMEZ GOME
C.C. 1.005.443.980 DE ONZAGA

CUENTA DE COBRO

**FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO
VIDA LUIS RONCANCIO – ONZAGA
Nit.890.208.793-6**

CENTRO DE BIENESTAR

DEBE A:

**LUZ CLEMENCIA ORDUZ MENDOZA
C.C. 28.337.790 DE RIONEGRO (S)**

**LA SUMA DE: CIDENTO TREINTA Y CINCO MIL PESOS
(\$135.000) M/CTE**

POR CONCEPTO DE: prestar el servicio como nutricionista de la fundación centro de bienestar del anciano del 25 de marzo al 02 de abril de 2026.

Para efectos de exención prevista en el numeral 10 del Artículo 206 del Estatuto Tributario, me permito informar que no he contratado dos (2) o más trabajadores en el desarrollo de mi actividad, certifico que me acojo al beneficio del decreto 1270 del 28 de mayo del 2013.

Expedida en Onzaga, a los 08 días del mes de Abril del 2026.



**LUZ CLEMENCIA ORDUZ MENDOZA
C.C. 28.337.790 DE RIONEGRO (S)**

**INFORME DE CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO CENTRO DE BIENESTAR "FUNZAHOGAR
RONCANCIO"**

Señora:
LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ
Representante Legal Funzahogar Roncancio
Supervisor
E.S.D.

**ASUNTO: PRESTAR EL SERVICIO COMO NUTRICIONISTA A LOS ADULTOS MAYORES
INTERNOS DE LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO**

Respetuosamente doy a conocer el informe de actividades correspondientes al periodo comprendido entre el 25 de Marzo y el 02 de abril de 2026 en los siguientes términos:

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	25 de marzo al 02 de abril de 2026
FECHA DE PRESENTACIÓN	08 de abril de 2026
NUMERO DE INFORME	02

1. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

ITEM	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA
01	Planificar y ejecutar las actividades respectivas con nutrición	Se planea la ejecución de actividades, y se concreta con la directora del CBA
02	Control de peso y talla	Se realiza el control de peso y talla, y la respectiva valoración nutricional de los adultos mayores.
03	Realizar charlas permanentes con relación al tema.	Se realiza un conversatorio con los adultos mayores de importancia del consumo de una dieta variada, dentro de las instalaciones del CBA
04	Estar en vigilancia permanente de su diario alimenticio, o cuando la situación del Adulto Mayor lo requiera.	Se brindan recomendaciones a las manipuladora y a la enfermera para las dietas especiales.
05	Cumplir un horario respectivo de trabajo.	Se cumple con las actividades programadas en el tiempo acordado.
06	En general velar permanente por la nutrición de los Adultos Mayores Externos e Internos.	Se logra con el apoyo del personal que labora allí, dado que no se hace presencia los 30 días del mes

07	Rendir informe mensual del cumplimiento de las funciones a la Directora, de conformidad con las cláusulas aquí establecidas.	Se elabora y entrega informe en el periodo requerido.
----	--	---

EVIDENCIAS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

A. EDUCACION NUTRICIONAL A TRAVES DE CHARLAS Y CONVERSATORIOS CON LOS ADULTOS MAYORES



B. EVIDENCIAS DE LAS VALORACIONES NUTRICIONALES REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES:





CONTRATISTA	Aprobado SUPERVISOR SI ☒ NO ☐ PARCIALMENTE ☐
FIRMA: <i>Luz Clemencia Orduz Mendoza</i>	<i>[Signature]</i>
NOMBRE: LUZ CLEMENCIA ORDUZ MENDOZA C.C. 28.337.790 DE RIONEGRO (S)	

CUENTA DE COBRO

**FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA
LUIS RONCANCIO – ONZAGA
Nit. 890.208.793-6**

CENTRO DE BIENESTAR

DEBE A:

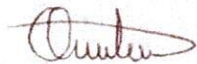
**NATALIA JYNNET QUINTERO TIBADUIZA
C.C 1.100813506 DE ONZAGA**

LA SUMA DE: CIENTO TREINTA Y CINCO MIL PESOS (\$135000) M/CTE

Por concepto de: prestar el servicio como fisioterapeuta de los adultos mayores internos de la fundación, del centro de bienestar del anciano del 25 de marzo al 02 de abril de 2026.

Para efectos de exención prevista en el numeral 10 del Artículo 206 del Estatuto Tributario, me permito informar que no he contratado dos (2) o más trabajadores en el desarrollo de mi actividad. Certifico que me acojo al beneficio del decreto 1070 del 28 de Mayo del 2013

Expedida en Onzaga, a los 08 días del mes de abril de 2026.



**NATALIA JYNNET QUINTERO TIBADUIZA
C.C 1100813506**

**INFORME DE CUMPLIMIENTO ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA
FUNDACIÓN HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO ONZAGA
"FUNZAHOGAR RONCANCIO" No 004 de 2026**

Señora:
LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ
DIRECTORA
Supervisora Contrato
Onzaga, Santander

**ASUNTO: ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 004 de 2026.
PRESTAR LOS SERVICIOS COMO FISIOTERAPEUTA DE LOS ADULTOS MAYORES
INTERNOS DE LA FUNDACION, DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO.**

Respetuosamente doy a conocer el informe de actividades correspondientes al periodo comprendido entre el 25 de marzo al 02 de abril de 2026; en los siguientes términos:

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	25 de marzo al 02 de abril de 2026
FECHA DE PRESENTACIÓN	08 de abril de 2026

1. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

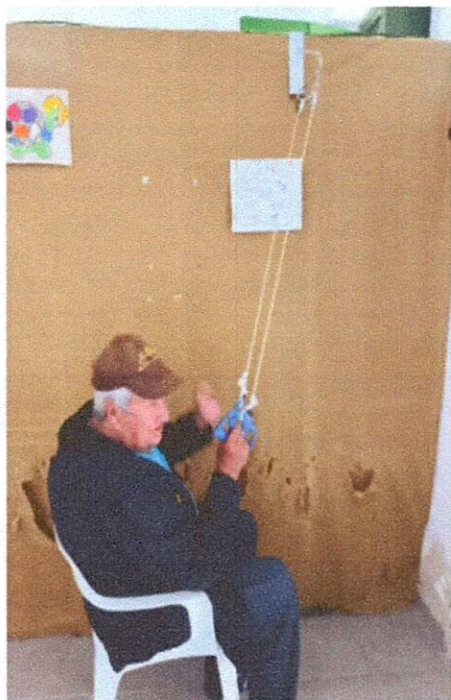
№	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA
01	Presentación del programa de fisioterapia	Realizar programación y estructuración de actividades
02	Realizar la valoración funcional del estado físico del usuario	Esta actividad se realizó al inicio de ejecución del convenio.
03	Elabora y realiza la programación de actividades	Caracterización de la población para determinar necesidades y manejo de los usuarios y actividades a realizar con cada uno de ellos.
04	Aplica las diferentes técnicas de rehabilitación en función de las patologías que presenta cada adulto mayor	Se realiza intervención fisioterapéutica por medio de ejercicios dirigidos que permiten el uso de elementos instalados dentro de la institución.
05	Ofrece la información y/o formación necesaria a los adultos mayores y familiares sobre los cuidados y aspectos específicos del programa	Se intervienen necesidades percibidas por cada participante en cuanto a correcta realización de actividades de la vida diaria y manejo de sintomatología dolorosa dirigido a sus cuidadores para manejo de paciente en cama, movilidad reducida y funcionales

06

Presentar informe mensual de las actividades realizadas en la fundación

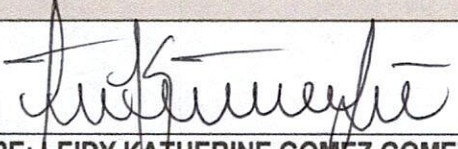
Se realiza y presenta informe de actividades ejecutadas

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



ANEXOS:

- Pago de seguridad social del mes de marzo

SUPERVISORA	
FIRMA: 	FIRMA: 
NOMBRE: LEIDY KATHERINE GOMEZ GOMEZ C.C. 1005443980 DE ONZAGA	NOMBRE: NATALIA JYNNET QUINTERO TIBADUIZA C.C 1100813506



Datos del documento

Código único de documento soporte - CUDS:

3f9b9faa0c39963c61121ff042ab6af737d87e6bb2ee549a5f87b68fcebbee411d6f29a56218b636a86f9fbbb6f7746

Número de documento: DEF1920 **Forma de pago:** Crédito
Fecha de generación: 31/03/2026 **Medio de pago:** Instrumento no definido
Fecha de vencimiento: 30/04/2026 **Orden de compra:**
Fecha de orden de compra:

Datos del adquirente

Razón social: FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO ONZAGA
NIT del adquirente: 890208793 **Régimen fiscal:** O-49 No responsable de IVA
Tipo de contribuyente: Persona Jurídica y asimiladas **Responsabilidad tributaria:** ZZ No aplica

Datos del vendedor

Razón social: RICARDO LEON CORZO
Tipo de documento: NIT **Procedencia:** Residente
Número de documento: 5697149 **País:** Colombia
Tipo de contribuyente: Persona Natural y asimiladas **Departamento:** Santander
Régimen fiscal: O-49 No responsable de IVA **Municipio/Ciudad:** Mogotes
Responsabilidad tributaria: ZZ No aplica **Dirección:** PLAZA DE MERCADO MOGOTES

Detalles de productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS		Valor de Venta por Ítem	Forma de Generación y Transmisión	Fecha de compra
								IVA	%			
1	999	FRUTA Y VERDURA CBA	WEE	1,00	254.700,00	0,00	0,00			254.700,00	Acumulado Semanal	27/03/2026

Datos totales



Documento validado por la DIAN

2026-03-31 12:57:25

Documento generado el:

2026-03-31 12:57:24

Generado por: Solución Gratuita DIAN

Nit: 800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	1,00

Subtotal	254.700,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Subtotal base gravable	0,00
Total IVA	0,00
Total neto documento (=)	254.700,00
Descuento global (-)	0,00
Recargo global (+)	0,00
Total documento (=) COP \$	254.700,00

Valores informativos

RETENCIONES	
Rte fuente	0,00
Rte IVA	0,00



Datos del documento

Código único de documento soporte - CUDS:

20103c4fa1b15a3f6c57c133c8baff579a58a6e59d9d131f649b60af608fb5eb118d8165114cf5f1084ccaee9d76fa7f

Número de documento: DEF1930 Forma de pago: Crédito
Fecha de generación: 31/03/2026 Medio de pago: Instrumento no definido
Fecha de vencimiento: 30/04/2026 Orden de compra:
Fecha de orden de compra:

Datos del adquirente

Razón social: FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO ONZAGA
NIT del adquirente: 890208793 Régimen fiscal: O-49 No responsable de IVA
Tipo de contribuyente: Persona Jurídica y asimiladas Responsabilidad tributaria: ZZ No aplica

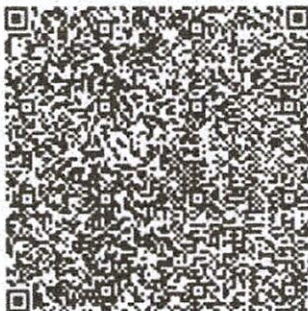
Datos del vendedor

Razón social: LUCILA MANRIQUE RAMIREZ
Tipo de documento: NIT Procedencia: Residente
Número de documento: 28272128 País: Colombia
Tipo de contribuyente: Persona Natural y asimiladas Departamento: Santander
Régimen fiscal: O-49 No responsable de IVA Municipio/Ciudad: Onzaga
Responsabilidad tributaria: ZZ No aplica Dirección: CL 7 2 15

Detalles de productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS		Valor de Venta por Ítem	Forma de Generación y Transmisión	Fecha de compra
								IVA	%			
1	959	VERDURA CBA	WEE	1,00	175.000,00	0,00	0,00			175.000,00	Acumulado Semanal	27/03/2026

Datos totales



Documento validado por la DIAN

2026-03-31 19:13:44

Documento generado el:

2026-03-31 19:13:44

Generado por: Solución Gratuita DIAN

Nit: 800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	1,00

Subtotal	175.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Subtotal base gravable	0,00
Total IVA	0,00
Total neto documento (=)	175.000,00
Descuento global (-)	0,00
Recargo global (+)	0,00
Total documento (=) COP \$	175.000,00

Valores informativos

RETENCIONES	
Rte fuente	0,00
Rte IVA	0,00



Datos del documento

Código único de documento soporte - CUDS:

fdb9bb878873545e49d075d37d8088abfc16e3ebf2c9d2b5c8832ce664d3757cce0ba41a6f9c8bfb95c1b28e6771a5e

Número de documento: DEF1931 Forma de pago: Crédito
Fecha de generación: 31/03/2026 Medio de pago: Instrumento no definido
Fecha de vencimiento: 30/04/2026 Orden de compra:
Fecha de orden de compra:

Datos del adquirente

Razón social: FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO ONZAGA
NIT del adquirente: 890208793 Régimen fiscal: 0-49 No responsable de IVA
Tipo de contribuyente: Persona Jurídica y asimiladas Responsabilidad tributaria: ZZ No aplica

Datos del vendedor

Razón social: MYRIAM DIAZ DIAZ
Tipo de documento: NIT Procedencia: Residente
Número de documento: 28271788 País: Colombia
Tipo de contribuyente: Persona Natural y asimiladas Departamento: Santander
Régimen fiscal: R-99-PN No aplica - Otros Municipio/Ciudad: Onzaga
Responsabilidad tributaria: ZZ No aplica Dirección: CL 3 2 40

Detalles de productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS		Valor de Venta por Item	Forma de Generación y Transmisión	Fecha de compra
								IVA	%			
1	074	BANANO	LBR	10,00	1.000,00	0,00	0,00			10.000,00	Acumulado Semanal	27/03/2026
2	368	PLATANO	LBR	10,00	1.300,00	0,00	0,00			13.000,00	Acumulado Semanal	27/03/2026
3	728	YUCA	LBR	12,00	1.500,00	0,00	0,00			18.000,00	Acumulado Semanal	27/03/2026

Datos totales



Documento validado por la DIAN

2026-03-31 19:24:11

Documento generado el:

2026-03-31 19:24:10

Generado por: Solución Gratuita DIAN

Nit: 800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	1,00

Subtotal	41.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Subtotal base gravable	0,00
Total IVA	0,00
Total neto documento (=)	41.000,00
Descuento global (-)	0,00
Recargo global (+)	0,00
Total documento (=) COP \$	41.000,00

Valores informativos

RETENCIONES	
Rte fuente	0,00
Rte IVA	0,00



Datos del documento

Código único de documento soporte - CUDS:

4127f1bd9bb4652cd956f6df8bc0896565c819cff55ade6f31c60c4280a45d782e884993dea185b9ca295ac5f9dcf2c9

Número de documento: DEF1932 **Forma de pago:** Crédito
Fecha de generación: 31/03/2026 **Medio de pago:** Instrumento no definido
Fecha de vencimiento: 30/04/2026 **Orden de compra:**
Fecha de orden de compra:

Datos del adquirente

Razón social: FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO ONZAGA
NIT del adquirente: 890208793 **Régimen fiscal:** O-49 No responsable de IVA
Tipo de contribuyente: Persona Jurídica y asimiladas **Responsabilidad tributaria:** ZZ No aplica

Datos del vendedor

Razón social: JOSE ANGEL ROJAS RESTREPO
Tipo de documento: NIT **Procedencia:** Residente
Número de documento: 1100812202 **País:** Colombia
Tipo de contribuyente: Persona Natural y asimiladas **Departamento:** Santander
Régimen fiscal: O-49 No responsable de IVA **Municipio/Ciudad:** Onzaga
Responsabilidad tributaria: ZZ No aplica **Dirección:** SECTOR CAMELIAS

Detalles de productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS		Valor de Venta por Item	Forma de Generación y Transmisión	Fecha de compra
								IVA	%			
1	503	PAN SURTIDO CBA	94	1,00	114.000,00	0,00	0,00			114.000,00	Acumulado Semanal	30/03/2026

Datos totales



Documento validado por la DIAN

2026-03-31 19:28:08

Documento generado el:

2026-03-31 19:28:07

Generado por: Solución Gratuita DIAN

Nit: 800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	1,00

Subtotal	114.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Subtotal base gravable	0,00
Total IVA	0,00
Total neto documento (=)	114.000,00
Descuento global (-)	0,00
Recargo global (+)	0,00
Total documento (=) COP \$	114.000,00

Valores informativos

RETENCIONES	
Rte fuente	0,00
Rte IVA	0,00



Datos del documento

Código único de documento soporte - CUDS:

a7ecf5e846e9ea650c639dc47b4718a9ab381c77abb627bb0914ed58032f0c2a3376e34918702eb2505e080f4a7357cd

Número de documento: DEF1933 **Forma de pago:** Crédito
Fecha de generación: 31/03/2026 **Medio de pago:** Instrumento no definido
Fecha de vencimiento: 30/04/2026 **Orden de compra:**
Fecha de orden de compra:

Datos del adquirente

Razón social: FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO ONZAGA
NIT del adquirente: 890208793 **Régimen fiscal:** O-49 No responsable de IVA
Tipo de contribuyente: Persona Jurídica y asimiladas **Responsabilidad tributaria:** ZZ No aplica

Datos del vendedor

Razón social: MARIA INES OLAVE VILLANOVA
Tipo de documento: NIT **Procedencia:** Residente
Número de documento: 63518831 **País:** Colombia
Tipo de contribuyente: Persona Natural y asimiladas **Departamento:** Santander
Régimen fiscal: O-49 No responsable de IVA **Municipio/Ciudad:** Onzaga
Responsabilidad tributaria: ZZ No aplica **Dirección:** CL 3 2 48

Detalles de productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS		Valor de Venta por Item	Forma de Generación y Transmisión	Fecha de compra
								IVA	%			
1	363	CARNE DE CERDO X LB	LBR	8,00	11.000,00	0,00	0,00			88.000,00	Acumulado Semanal	26/03/2026
2	030	CARNE BLANDA	LBR	7,00	13.000,00	0,00	0,00			91.000,00	Acumulado Semanal	26/03/2026
3	516	CALLO DE RES	LBR	7,00	8.000,00	0,00	0,00			56.000,00	Acumulado Semanal	26/03/2026
4	518	BANDEJA VISCERAS	94	7,00	4.000,00	0,00	0,00			28.000,00	Acumulado Semanal	26/03/2026
5	665	CUAJADA	LBR	2,00	9.000,00	0,00	0,00			18.000,00	Acumulado Semanal	26/03/2026
6	300	carne de res molida	LBR	7,00	13.000,00	0,00	0,00			91.000,00	Acumulado Semanal	26/03/2026

Datos totales**Documento validado por la DIAN**

2026-03-31 19:32:44

Documento generado el:

2026-03-31 19:32:43

Generado por: Solución Gratuita DIAN**Nit: 800197268**

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	1,00

Subtotal	372.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Subtotal base gravable	0,00
Total IVA	0,00
Total neto documento (=)	372.000,00
Descuento global (-)	0,00
Recargo global (+)	0,00
Total documento (=) COP \$	372.000,00

Valores informativos

RETENCIONES	
Rte fuente	0,00
Rte IVA	0,00

Número de Autorización: 18764077719069 Rango desde: '1001' Rango hasta: '2000' vigencia: '22/08/2026'



Datos del documento

Código único de documento soporte - CUDS:

b77d6324b40042ace69fc6ab569b8514818c04728c6848c5e8f37aef5ce0090660f1b580b7101c3cd08b3ba2be65744e

Número de documento: DEF1934 Forma de pago: Crédito
Fecha de generación: 02/04/2026 Medio de pago: Instrumento no definido
Fecha de vencimiento: 02/05/2026 Orden de compra:
Fecha de orden de compra:

Datos del adquirente

Razón social: FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO ONZAGA
NIT del adquirente: 890208793 Régimen fiscal: O-49 No responsable de IVA
Tipo de contribuyente: Persona Jurídica y asimiladas Responsabilidad tributaria: ZZ No aplica

Datos del vendedor

Razón social: RICARDO LEON CORZO
Tipo de documento: NIT Procedencia: Residente
Número de documento: 5697149 País: Colombia
Tipo de contribuyente: Persona Natural y asimiladas Departamento: Santander
Régimen fiscal: O-49 No responsable de IVA Municipio/Ciudad: Mogotes
Responsabilidad tributaria: ZZ No aplica Dirección: PLAZA DE MERCADO MOGOTES

Detalles de productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS		Valor de Venta por Item	Forma de Generación y Transmisión	Fecha de compra
								IVA	%			
1	999	FRUTA Y VERDURA CBA	WEE	1,00	271.500,00	0,00	0,00			271.500,00	Acumulado Semanal	01/04/2026

Datos totales



Documento validado por la DIAN

2026-04-02 09:44:05

Documento generado el:

2026-04-02 09:44:04

Generado por: Solución Gratuita DIAN

Nit: 800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	1,00

Subtotal	271.500,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Subtotal base gravable	0,00
Total IVA	0,00
Total neto documento (=)	271.500,00
Descuento global (-)	0,00
Recargo global (+)	0,00
Total documento (=) COP \$	271.500,00

Valores informativos

RETENCIONES	
Rte fuente	0,00
Rte IVA	0,00



DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES
EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Representación Gráfica



Datos del documento

Código único de documento soporte - CUDS:

b0439e7f40218cd7a2b562542ca016b8a5ae26c4b7a7cac0fcb4f7181611547e2d675b16f632044c32f7727626f97e5a

Número de documento: DEF1935 Forma de pago: Crédito
Fecha de generación: 02/04/2026 Medio de pago: Instrumento no definido
Fecha de vencimiento: 02/05/2026 Orden de compra:
Fecha de orden de compra:

Datos del adquirente

Razón social: FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO ONZAGA
NIT del adquirente: 890208793 Régimen fiscal: O-49 No responsable de IVA
Tipo de contribuyente: Persona Jurídica y asimiladas Responsabilidad tributaria: ZZ No aplica

Datos del vendedor

Razón social: LUCILA MANRIQUE RAMIREZ
Tipo de documento: NIT Procedencia: Residente
Número de documento: 28272128 País: Colombia
Tipo de contribuyente: Persona Natural y asimiladas Departamento: Santander
Régimen fiscal: O-49 No responsable de IVA Municipio/Ciudad: Onzaga
Responsabilidad tributaria: ZZ No aplica Dirección: CL 7 2 15

Detalles de productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS		Valor de Venta por Item	Forma de Generación y Transmisión	Fecha de compra
								IVA	%			
1	959	VERDURA CBA	WEE	1,00	98.000,00	0,00	0,00			98.000,00	Acumulado Semanal	01/04/2026

Datos totales



MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	1,00

Subtotal	98.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Subtotal base gravable	0,00
Total IVA	0,00
Total neto documento (=)	98.000,00
Descuento global (-)	0,00
Recargo global (+)	0,00
Total documento (=) COP \$	98.000,00

Valores informativos

RETENCIONES	
Rte fuente	0,00
Rte IVA	0,00

Documento validado por la DIAN

2026-04-02 09:47:08

Documento generado el:

2026-04-02 09:47:08

Generado por: Solución Gratuita DIAN

Nit: 800197268



Datos del documento

Código único de documento soporte - CUDS:

5a49563122417cf3a9e21fb66b565a4deb278e35e3af752d9806c927832eeb0228456322aa41ef592dd2ac75ee62cae9

Número de documento: DEF1936 Forma de pago: Crédito
 Fecha de generación: 02/04/2026 Medio de pago: Instrumento no definido
 Fecha de vencimiento: 02/05/2026 Orden de compra:
 Fecha de orden de compra:

Datos del adquirente

Razón social: FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VIDA LUIS RONCANCIO ONZAGA
 NIT del adquirente: 890208793 Régimen fiscal: O-49 No responsable de IVA
 Tipo de contribuyente: Persona Jurídica y asimiladas Responsabilidad tributaria: ZZ No aplica

Datos del vendedor

Razón social: MARIA INES OLAVE VILLANOVA
 Tipo de documento: NIT Procedencia: Residente
 Número de documento: 63518831 País: Colombia
 Tipo de contribuyente: Persona Natural y asimiladas Departamento: Santander
 Régimen fiscal: O-49 No responsable de IVA Municipio/Ciudad: Onzaga
 Responsabilidad tributaria: ZZ No aplica Dirección: CL 3 2 48

Detalles de productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS		Valor de Venta por Ítem	Forma de Generación y Transmisión	Fecha de compra
								IVA	%			
1	363	CARNE DE CERDO X LB	LBR	20,00	11.000,00	0,00	0,00			220.000,00	Acumulado Semanal	01/04/2026
2	030	CARNE BLANDA	LBR	22,00	13.000,00	0,00	0,00			286.000,00	Acumulado Semanal	01/04/2026
3	300	carne de res molida	LBR	7,00	13.000,00	0,00	0,00			91.000,00	Acumulado Semanal	01/04/2026
4	516	CALLO DE RES	LBR	7,00	8.000,00	0,00	0,00			56.000,00	Acumulado Semanal	01/04/2026
5	518	BANDEJA VISCERAS	94	7,00	4.000,00	0,00	0,00			28.000,00	Acumulado Semanal	01/04/2026
6	665	CUAJADA	LBR	2,00	9.000,00	0,00	0,00			18.000,00	Acumulado Semanal	01/04/2026
7	59	PATA DE RES	94	5,00	10.000,00	0,00	0,00			50.000,00	Acumulado Semanal	01/04/2026

Datos totales



Documento validado por la DIAN

2026-04-02 10:00:06

Documento generado el:

2026-04-02 10:00:06

Generado por: Solución Gratuita DIAN

Nit: 800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	1,00

Subtotal	749.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Subtotal base gravable	0,00
Total IVA	0,00
Total neto documento (=)	749.000,00
Descuento global (-)	0,00
Recargo global (+)	0,00
Total documento (=) COP \$	749.000,00

Valores informativos

RETENCIONES	
Rte fuente	0,00
Rte IVA	0,00

Número de Autorización: 18764077719069 Rango desde: '1001' Rango hasta: '2000' vigencia: '22/08/2026'

Número de Autorización	Rango desde	Rango hasta	Vigencia	Moneda	Tasa de Cambio	Subtotal	Descuento detalle	Recargo detalle	Subtotal base gravable	Total IVA	Total neto documento (=)	Descuento global (-)	Recargo global (+)	Total documento (=) COP \$
18764077719069	1001	2000	22/08/2026	COP	1,00	749.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	749.000,00	0,00	0,00	749.000,00

AVSA S.A

NIT. 890.201.881.4

RESPONSABLE DE IVA

GRANDES CONTRIBUYENTES RES. 000200 DIC 27-2024

AGENTES RETENEDORES DE IVA

AUTORRETENEDORES RENTA RES. 0009639 SEP20/10

EXENTO IMPO. IND. Y CCIO. LEY 014 DE 1983 ART. 39

DISTRIBUIDORA SAN GIL

Direccion: CL 14 9 - 80, BRR CENTRO, SAN GIL

SAN GIL, SANTANDER

Telefono: 6077241603 EXT.

Oficinas: KM. 5 ANILLO VIAL, GIRÓN-SANTANDER, VDA RÍO FRÍO, A 600 MTS.

Planta: KM. 7 VÍA FLORIDABLANCA-PIEDRECUESTA (SANTANDER)

Línea de servicio al cliente: 018000970801 serviciiente@macpollo.com

Línea única Call Center: - Línea WhatsApp:

Factura Electrónica

de Venta

714 - 34304



Pago en Línea

Nombre Cliente: FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VI	Fecha Hora Generación Factura: 31/03/2026 (D/M/A) 08:04:43	Placa Vehículo: XVP341
Nit o C.C. 890208793-6	Fecha Hora de Expedición: 31/03/2026 (D/M/A) 08:04:43	Conductor: GONZALO QUINTANA GARCES
Tipo:	Fecha Vencimiento: 31/03/2026 (D/M/A)	Ruta: RUTA MOGOTES SAN JOAQUIN ONZAGA
Código Sap: 1200193704	Forma de Pago: CONTADO	Facturador: LINA MARCELA SARMIENTO DUART
Establecimiento: CENTRO DE BIENESTAR	Medio de Pago: Instrumento No Definido	Moneda: COP
Dirección: CR 1 1 51	Vendedor: WENDY DAYANA COCUY GARZON	Valor Neto: 329.285
Barrio/Vereda: SAGRADA FAMILIA	Teléfono Contacto: 3156001958	
Ciudad: ONZAGA SANTANDER	No Pedido: 0136314740 Orden de Entrega: 0239799226	
Teléfono: 3217243389 Extensión:	Orden de Compra:	

Item	Codigo Producto	Lote	Upre	Unidades	Kilos	Vir. Unit	Vir. Bruto	Dcto	Vir. Impto Saludable	%Iva	Vir. Iva	Vir. Neto
1	225 ALA REFRIGERADA	B00126086	KG	60	7,35	13.900	102.165	37,50 %	0			63.853
	352 PECHUGA REFRIGERADA	B00126083		8	5,77	0						
	352 PECHUGA REFRIGERADA	B00226085		4	3,25	0						
2	SUB-TOTAL: PECHUGA REFRIGERADA		KG	12	9,02	18.400	165.968	27,65 %	0			120.078
	382 PIERNA DE POLLO REFRIGERADA	B00126083		40	6,97	0						
	382 PIERNA DE POLLO REFRIGERADA	B00126086		40	7,45	0						
3	SUB-TOTAL: PIERNA DE POLLO REFRIGERADA		KG	80	14,42	14.400	207.648	30 %	0			145.354
Total Items: 3				Total Unidades Kilos y Valor		152	30,79					329.285

TRESCIENTOS VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS MCTE

AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION ELECTRONICA DIAN No 18764085431353 DEL 16.12.2024 HASTA 16.06.2026 DEL No 714 - 16488 AL No 714 - 100000

	VLR. BRUTO	VLR. DESCUENTO	VLR. BONIFICACION/ VLR. DONACION	IVA CLIENTE	IMPUESTOS ASUMIDOS	IMPTO SALUDABLE CLIENTE	VALOR NETO
TOTALES	475.781	146.496	0	0	0	0	329.285

VALOR EN LETRAS

TRESCIENTOS VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS MCTE

Factura Electrónica de Venta

714 - 34304

CONDICIONES DE PAGO:

SALDO:

FECHA DE RECEPCION FACTURA



LAS CANASTAS SON PROPIEDAD DE AVSA S.A Y DEBERAN SER DEVUELTAS

Referencia: 7140034304

CUFE:

458bba0583a223125456d603d5bfa88708e8f1c5adbb0c395583eb8d6253ac76
dc0b1d225b24bc52b13ecdb281333b84

Fecha y Hora de Expedición: 31/03/2026 (D/M/A) 08:04:43

(*) Conceptos Bonificados y/o Donados

Datos Adicionales: Guía de Transporte

No Guía: 686798902018814-067901-26

Cód. Inscripción: 686798902018814

Especie: Aves de Corral y/o bovinos

Temperatura: Refrigerado -2 a 4°C Congelado -18°C Salsamentaria 0 a 4°C

Observaciones Planta de Procedencia:

B001: Planta Beneficio y desprese; Km 7 Vía Autopista Floridablanca

B002: Planta Frigoandes; Cl 4 5 27 Floridablanca

B023: Planta Bogota; Cr 33 10 79 Bogotá

B025: Planta Beneficio Cereté; Km 5 Vía Cerete

B026: Planta Horizonte; Vereda Zarzal - La Fortuna

B501: Planta Beneficio y desprese; Km 3 Vía Buga-Tuluá

Aprobado: X Aprob. Condicionado: _

ACEPTACION Y RECIBO

NOMBRE C.C Y/O NIT FIRMA
FECHA Y HORA:Factura electrónica generada por software propio: AVSA
S.A NIT. 890.201.881.4

http://portal.macpollo.com 01

AVSA S.A

NIT. 890.201.881.4

RESPONSABLE DE IVA

GRANDES CONTRIBUYENTES RES. 000200 DIC 27-2024

AGENTES RETENEDORES DE IVA

AUTORRETENEDORES RENTA RES. 0009639 SEP20/10

EXENTO IMPO. IND. Y CCIO. LEY 014 DE 1983 ART. 39

DISTRIBUIDORA SAN GIL

Direccion: CL 14 9 - 80, BRR CENTRO, SAN GIL

SAN GIL, SANTANDER

Telefono: 6077241603 EXT.

Oficinas: KM. 5 ANILLO VIAL, GIRÓN-SANTANDER, VDA RÍO FRÍO, A 600 MTS.

Planta: KM. 7 VÍA FLORIDABLANCA-PIEDUECUESTA (SANTANDER)

Línea de servicio al cliente: 018000970801 serviciiente@macpollo.com

Línea única Call Center: - Línea WhatsApp:

Factura Electrónica

de Venta

714 - 34024



Pago en Línea

Nombre Cliente: FUNDACION HOGAR DE BIENESTAR Y DEL CENTRO VI	Fecha Hora Generación Factura: 25/03/2026 (D/M/A) 07:05:48	Placa Vehículo: XVP341
Nit o C.C. 890208793-6	Fecha Hora de Expedición: 25/03/2026 (D/M/A) 07:05:48	Conductor: GONZALO QUINTANA GARCES
Tipo:	Fecha Vencimiento: 25/03/2026 (D/M/A)	Ruta: RUTA MOGOTES SAN JOAQUIN ONZAGA
Código Sap: 1200193704	Forma de Pago: CONTADO	Facturador: MARTHA LUCIA MARTINEZ URIBE
Establecimiento: CENTRO DE BIENESTAR	Medio de Pago: EFECTIVO	Moneda: COP
Dirección: CR 1 1 51	Vendedor: WENDY DAYANA COCUIY GARZON	Valor Neto: 173.912
Barrio/Vereda: SAGRADA FAMILIA	Teléfono Contacto: 3156001958	
Ciudad: ONZAGA SANTANDER	No Pedido: 0136269564 Orden de Entrega: 0239747600	
Teléfono: 3217243389 Extensión:	Orden de Compra:	

Item	Codigo Producto	Lote	Upre	Unidades	Kilos	Vir. Unit	Vir. Bruto	Dcto	Vir. Impto Saludable	%Iva	Vir. Iva	Vir. Neto
1	352 PECHUGA REFRIGERADA	B00226079	KG	8	7,77	18.600	144.522	27,65 %	0			104.562
2	382 PIERNA DE POLLO REFRIGERADA	B00126077	KG	40	6,02	14.400	86.688	20 %	0			69.350
Total Items: 2				Total Unidades Kilos y Valor		48	13,79					173.912

CIENTO SETENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS MCTE

AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION ELECTRONICA DIAN No 18764085431353 DEL 16.12.2024 HASTA 16.06.2026 DEL No 714 - 16488 AL No 714 - 100000

	VL.R. BRUTO	VL.R. DESCUENTO	VL.R. BONIFICACION/ VL.R. DONACION	IVA CLIENTE	IMPUESTOS ASUMIDOS	IMPTO SALUDABLE CLIENTE	VALOR NETO
TOTALES	231.210	57.298	0	0	0	0	173.912
VALOR EN LETRAS						Factura Electrónica de Venta	
CIENTO SETENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS MCTE						714 - 34024	
CONDICIONES DE PAGO: SALDO:					FECHA DE RECEPCION FACTURA		



LAS CANASTAS SON PROPIEDAD DE AVSA S.A Y DEBERAN SER DEVUELTAS

Referencia: 7140034024

CUFE:

2bc2c25ff4e53ad55a0f848b73c3caff744b1290c780bf8c10525630022c230f7ad
15347af98604b91095b07e9e6b0a8

Fecha y Hora de Expedición: 25/03/2026 (D/M/A) 07:05:48

(*) Conceptos Bonificados y/o Donados

Datos Adicionales: Guía de Transporte

No Guía: 686798902018814-067593-26

Cód. Inscripción: 686798902018814

Especie: Aves de Corral y/o bovinos

Temperatura: Refrigerado -2 a 4°C Congelado -18°C Salsamentaria 0 a 4°C

Observaciones Planta de Procedencia:

B001: Planta Beneficio y despres; Km 7 Vía Autopista Floridablanca

B002: Planta Frigoandes; Cl 4 5 27 Floridablanca

B023: Planta Bogota; Cr 33 10 79 Bogotá

B025: Planta Beneficio Cereté; Km 5 Vía Cerete

B026: Planta Horizonte; Vereda Zarzal - La Fortuna

B501: Planta Beneficio y despres; Km 3 Vía Buga-Tuluá

Aprobado: X Aprob. Condicionado: _

ACEPTACION Y RECIBO

NOMBRE C.C Y/O NIT FIRMA
FECHA Y HORA:Factura electrónica generada por software propio: AVSA
S.A NIT. 890.201.881.4<http://portal.macpollo.com> 01

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA SEGÚN PÁRRAFO 1, ARTÍCULO 3 DECRETO 2242 de 2015 072-93053

GIOVANNY MERIDA SALAMANCA

Responsable del impuesto sobre de las ventas - IVA

NIT: 91297404-8

MERK-CENTRO

SALAMANCA

CALLE 4 # 2-10

ONZAGA SANTANDER COLOMBIA

3202738458

merkcentronzaga@gmail.com

GIOVANNY MERIDA

FACTURA ELECTRÓNICA NÚMERO

FE149

Fecha Expedición: 30/03/2026 3:57 p. m.

Fecha Vencimiento: 30/03/2026 12:00 a. m.

Fecha de operación: 30/03/2026 3:57 p. m.

Cliente: RONCANCIO FUNZAHOGAR

Nit. o C.C.: 890208793-6

Dirección: CARRERA 1 N. 1-51 SANTANDER ONZAGA - COLOMBIA

Teléfono Contacto: 3217243389

Ruta:

Correo Electrónico: FUNZAHOGARONCANCIO@HOTMAIL.COM

Forma Pago:

Método Pago: Efectivo

Forma Pago: CONTADO

Comentarios:

#	Código producto	DESCRIPCIÓN	Cantidad	VALOR UNITARIO	Iva	VALOR IMP.	Des.	VALOR TOTAL
1	7702084137520	HARINA PAN BOLSA*1000G	5,0	4.952,38	5	1.238,10	0	26.000,00
2	7703252561444	ENCENDEDOR BENGALA CON LINTERNA	2,0	1.344,54	19	510,92	0	3.200,00
3	7707237416101	PASTA LA NIEVE *1000G	22,0	840,34	19	3.512,61	0	22.000,09
4	86	ARROZ X@	1,0	47.058,82	19	8.941,18	0	56.000,00
5	Q.22	QUESO ONZAGUEÑO*200	5,0	6.302,52	19	5.987,39	0	37.499,99
6	37	CARTON HUEVOS*30UNDS	6,0	14.000,00	0	0,00	0	84.000,00
7	7702001045556	LECHE DESLACTOSADA ALPINA MAXI LITRO*1100ML	18,0	6.300,00	0	0,00	0	113.400,00
8	7708396742506	ACEITE IDEAL*5000ML	1,0	40.336,13	19	7.663,87	0	48.000,00
9	7702110440013	PAPEL ALUMINIO ALUMINA 7 METROS	3,0	3.800,00	0	0,00	0	11.400,00
10	7702024075011	LA LECHERA ECONOPACK*320G	1,0	10.200,00	0	0,00	0	10.200,00
11	7702161001409	MARGARINA LA FINA DISPLAY*4 UNDS	3,0	8.403,36	19	4.789,92	0	30.000,00
12	7707047401205	TORNILLO GAVASSA*125G	10,0	952,38	5	476,19	0	9.989,99
13	7702910354022	ARVEJA AMARILLA LA SOBERANA *500G	4,0	1.596,64	19	1.213,45	0	7.600,01
14	7703812101202	SAL ALTA PUREZA REFISAL*1KG	2,0	3.200,00	0	0,00	0	6.400,00
15	7702032117833	CAFE SELLO ROJO FUERTE *425G	3,0	25.600,00	0	0,00	0	76.800,00
16	7702059402028	AZUCAR INCAUCA BLANCA*1KG	4,0	3.529,41	19	2.682,35	0	16.799,99
17	7702439001087	MAYONESA BARY DP*1000GR	1,0	13.529,41	19	2.570,59	0	16.100,00
18	7707197613602	HARINA TRIGO ROBINSON TRAD*500G	4,0	1.596,64	19	1.213,45	0	7.600,01
19	7702193100491	AVENA DON PANTO BOLSA*600GR	3,0	4.285,71	19	2.442,86	0	15.299,99
20	7707237350276	HARINA DE MAIZ PINTO SAN JOSE* 500G	6,0	2.184,87	19	2.490,76	0	15.599,98
21	7702354032401	FRUTIÑO SALPICON SOBRE*18G	6,0	840,34	19	957,98	0	6.000,02
22	7702175111170	CANELA REY SOBRE*11G	4,0	3.109,24	19	2.363,03	0	14.799,99
23	7702011200907	PAQUETE GALLETAS WAFER CAPRI *24 288GR	1,0	8.200,00	0	0,00	0	8.200,00
24	7702025118311	GALLETA TIPO LECHE NOEL*21UND	3,0	7.478,99	19	4.263,03	0	26.700,00
25	7702354955106	TRIFOGON CAJITA*18G	5,0	1.200,00	0	0,00	0	6.000,00
26	7702354030216	GELATINA FRUTIÑO MORA	10,0	1.512,61	19	2.873,95	0	18.000,05
27	7702088198350	ATUN VIKINGOS RALLADO EN ACEITE*160G	9,0	4.201,68	19	7.184,87	0	44.999,99
28	7702007205732	CHOCOLATE LA ESPECIAL VAINILLA 500G	3,0	17.500,00	0	0,00	0	52.500,00

Total de Cantidades: 145,00

SubTotal \$ 727.723,50

Descuento \$ 0,00

***** DISCRIMINACIÓN DE IMPUESTOS *****

Total Bruto Factura \$ 727.723,50

Total de Impuestos \$ 63.376,50

Impuesto a la Bolsa \$ 0,00

Otros Impuestos \$ 0,00

ReteFuente \$ 0,00

Retelca \$ 0,00

RetelVA \$ 0,00

TOTAL NETO FACTURA \$ 791.100,1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA SEGÚN PÁRRAFO 1, ARTÍCULO 3 DECRETO 2242 de 2015 072-93053



GIOVANNY MERIDA SALAMANCA

Responsable del impuesto sobre de las ventas - IVA

NIT: 91297404-8

MERK-CENTRO

SALAMANCA

CALLE 4 # 2-10

ONZAGA SANTANDER COLOMBIA

3202738458

merkcentronzaga@gmail.com

GIOVANNY MERIDA

FACTURA ELECTRÓNICA NÚMERO

FE149

Fecha Expedición: 30/03/2026 3:57 p. m.

Fecha Vencimiento: 30/03/2026 12:00 a. m.

Fecha de operación: 30/03/2026 3:57 p. m.

Cliente: RONCANCIO FUNZAHOGAR

Nit. o C.C.: 890208793-6

Dirección: CARRERA 1 N. 1-51 SANTANDER ONZAGA - COLOMBIA

Teléfono Contacto: 3217243389

Ruta:

Correo Electrónico: FUNZAHOGARONCANCIO@HOTMAIL.COM

Forma Pago:

Método Pago: Efectivo

Forma Pago: CONTADO

Comentarios:

#	Código producto	DESCRIPCIÓN	Cantidad	VALOR UNITARIO	Iva	VALOR IMP.	Des.	VALOR TOTAL
TOTAL A PAGAR COP								\$ 791.100,0

SETECIENTOS NOVENTA Y MIL CIENT PESOS MONEDA CORRIENTE.

SIN NOTA Forma de Pago *** 'CONTADO' *** Medio de Pagos:---
Efectivo: \$ 791.100,00---

CÓDIGO ÚNICO DE FACTURA DE VENTA ELECTRÓNICA:

b4948bc9df4d93b05a8d986ce4137b547aff3b97d45e13ed2ee7dd90549925fa8838f63a4954d7bb687997b892e88807



AUT Numeración FAC: 18764100810681

Fecha Inicio Vigencia: 30/10/2025

Fecha Fin Vigencia: 30/04/2026

Prejifo Facturación: FE

Consecutivos del: 81 al 500

Firma o Sello Cliente

DATOS INTELIGENTES NIT. 1099202379 - 4 - SOFTWARE PROPIO: OPENCON 2022 - V2

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA SEGÚN PÁRRAFO 1, ARTÍCULO 3 DECRETO 2242 de 2015 072-93053

GIOVANNY MERIDA SALAMANCA

Responsable del impuesto sobre de las ventas - IVA

NIT: 91297404-8

MERK-CENTRO
SALAMANCA

CALLE 4 # 2-10

ONZAGA SANTANDER COLOMBIA

3202738458

merkcentronzaga@gmail.com

GIOVANNY MERIDA

FACTURA ELECTRÓNICA NÚMERO

FE155

Fecha Expedición: 2/04/2026 8:56 a. m.

Fecha Vencimiento: 2/04/2026 12:00 a. m.

Fecha de operación: 2/04/2026 8:56 a. m.

Cliente: RONCANCIO FUNZAHOGAR

Nit. o C.C.: 890208793-6

Dirección: CARRERA 1 N. 1-51 SANTANDER ONZAGA - COLOMBIA

Teléfono Contacto: 3217243389

Ruta:

Correo Electrónico: FUNZAHOGARONCANCIO@HOTMAIL.COM

Forma Pago:

Método Pago: Efectivo

Forma Pago: CONTADO

Comentarios:

#	Código producto	DESCRIPCIÓN	Cantidad	VALOR UNITARIO	Iva	VALOR IMP.	Des.	VALOR TOTAL
1	770237414046	HARINA DE AREPA LA NIEVE*1000GR	1,0	36.285,71	5	1.814,29	0	38.100,00
2	39	PANELA DE CAÑA DE AZUCAR CAJA*32UNDS	2,0	75.000,00	0	0,00	0	150.000,00
3	7702179001507	ACEITE VIVI 5000 CM	3,0	48.000,00	0	0,00	0	144.000,00
4	7702024046554	LA LECHERA ORIGINAL*420G	3,0	10.924,37	19	6.226,89	0	39.000,00
5	7702175108200	CLAVO EL REY SOBRE*9G	6,0	1.260,51	19	1.436,97	0	9.000,03
6	7702175111187	CANELA EN ASTILLAS REY 20 G	6,0	3.700,00	0	0,00	0	22.200,00
7	7702354004361	TRIFOGON CAJITA*20G	10,0	1.008,40	19	1.915,97	0	11.999,97
8	7702477112615	CREMA DE LECHE CREMAX 900G	2,0	19.800,00	0	0,00	0	39.600,00
9	7702001050147	LECHE DESCREMADA ALPINA BOLSA*1100ML	12,0	6.300,00	0	0,00	0	75.600,00
10	86	ARROZ X@	2,0	47.058,83	19	17.882,35	0	112.000,01
11	7702032252114	CAFE SELLO ROJO FUERTE*500G	6,0	24.380,95	5	7.314,29	0	153.599,99
12	7707208240247	LENTEJA GUANENTA*460GR	10,0	2.900,00	0	0,00	0	29.000,00
13	7702910354046	ARVEJA VERDE LA SOBERANA *500GR	10,0	1.900,00	0	0,00	0	19.000,00
14	7707237350054	CUCHUCO DE CEBADA SAN JOSE*460G	10,0	2.521,01	19	4.789,92	0	30.000,02
15	7707237350047	CUCHUCO DE MAIZ SAN JOSE*460G	10,0	2.521,01	19	4.789,92	0	30.000,02
16	7707237350030	CUCHUCO DE TRIGO SAN JOSE*460G	10,0	2.521,01	19	4.789,92	0	30.000,02
17	7700612121317	SALCHICHA MANGUERA MAC POLLO*3UNDS	3,0	8.823,53	19	5.029,41	0	31.500,00
18	Q2.5	QUESOS ONZAGUEÑOS*200G	10,0	6.302,52	19	11.974,79	0	74.999,99
19	7702007043396	CHOCOLATE CORONA TRADICIONAL*500G	8,0	15.523,81	5	6.209,52	0	130.400,00
20	7702161001508	MANTEQUILLA LA FINA CAJA*4 UNDS	3,0	10.000,00	0	0,00	0	30.000,00

Total de Cantidades: 127,00

SubTotal \$ 1.125.825,76

Descuento \$ 0,00

***** DISCRIMINACIÓN DE IMPUESTOS *****

Total Bruto Factura \$ 1.125.825,76

Total de Impuestos \$ 74.174,24

Impuesto a la Bolsa \$ 0,00

Otros Impuestos \$ 0,00

ReteFuente \$ 0,00

ReteIca \$ 0,00

ReteIVA \$ 0,00

TOTAL NETO FACTURA \$ 1.200.000,1

TOTAL A PAGAR COP \$ 1.200.000,0

UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE.

SIN NOTA Forma de Pago *** 'CONTADO' *** Medio de Pagos:---
Efectivo: \$ 1.200.000,00---

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA SEGÚN PÁRRAFO 1, ARTÍCULO 3 DECRETO 2242 de 2015 072-93053

GIOVANNY MERIDA SALAMANCA

Responsable del impuesto sobre de las ventas - IVA

NIT: 91297404-8

MERK-CENTRO

SALAMANCA

CALLE 4 # 2-10

ONZAGA SANTANDER COLOMBIA

3202738458

merkcentronzaga@gmail.com

GIOVANNY MERIDA

FACTURA ELECTRÓNICA NÚMERO

FE155

Fecha Expedición: 2/04/2026 8:56 a. m.

Fecha Vencimiento: 2/04/2026 12:00 a. m.

Fecha de operación: 2/04/2026 8:56 a. m.

Cliente: RONCANCIO FUNZAHOGAR

Nit. o C.C.: 890208793-6

Dirección: CARRERA 1 N. 1-51 SANTANDER ONZAGA - COLOMBIA

Teléfono Contacto: 3217243389

Ruta:

Correo Electrónico: FUNZAHOGARONCANCIO@HOTMAIL.COM

Forma Pago:

Método Pago: Efectivo

Forma Pago: CONTADO

Comentarios:

#	Código producto	DESCRIPCIÓN	Cantidad	VALOR UNITARIO	Iva	VALOR IMP.	Des.	VALOR TOTAL
---	-----------------	-------------	----------	----------------	-----	------------	------	-------------

CÓDIGO ÚNICO DE FACTURA DE VENTA ELECTRÓNICA:

4f80920272835ce5463b2f753bf78580a5e2983e6565889bdabe90879f6745128d7331d778e0b86fdd02cd8fd9cb744e



AUT Numeración FAC: 18764100810681

Fecha Inicio Vigencia: 30/10/2025

Fecha Fin Vigencia: 30/04/2026

Prejifo Facturación: FE

Consecutivos del: 81 al 500

Firma o Sello Cliente

DATOS INTELIGENTES NIT. 1099202379 - 4 - SOFTWARE PROPIO: OPENCON 2022 - V2

COFUNERARIA – BUCARAMANGA

CERTIFICADO AFILIACIÓN

Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **522.979**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 8:01:20a. m.**Usuario: **Santiago Morales Gómez****AFILIADO**Identificación: **28377430**Nombre: **CACERES ISIDRA**Vigencia del contrato: **14/01/2026 al 13/01/2027**Estado: **RENOVADO**Fallecido: ☐

Fecha de Fallecimiento:

Seguros: ☐

Fecha de Retiro:

Asistencia Completa: ☐Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

COFUNERARIA – BUCARAMANGA

CERTIFICADO AFILIACIÓN

Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **522.955**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:13:28a. m.**Usuario: **Santiago Morales Gómez****AFILIADO**

Identificación: 2133464

Vigencia del contrato: 17/01/2026 al 16/01/2027

Fallecido: ☐Seguros: ☐Asistencia Completa: ☐Nombre: **VALCARCEL SANABRIA JOSE DE JESUS**Estado: **RENOVADO**

Fecha de Fallecimiento:

Fecha de Retiro:

Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

Certifica: **Santiago Morales Gómez**

Versión: 3. Fecha de aplicación: 23/10/2019

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN
Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **522.960**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:12:43a. m.**Usuario: **Santiago Morales Gómez****AFILIADO**Identificación: **23453933**Nombre: **NIÑO DULCEY ELENA**Vigencia del contrato: **17/01/2026 al 16/01/2027**Estado: **RENOVADO**Fallecido: ☐

Fecha de Fallecimiento:

Seguros: ☐

Fecha de Retiro:

Asistencia Completa: ☐Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Técnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN

Sigla Convenio: SERVIMCOOP LTDA

Producto: PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN
LIM EDAD

Contrato: 522.977

Fecha de Impresión: Lunes, 23 de febrero de 2026 9:14:12a. m.

Usuario: Santiago Morales Gómez

AFILIADO

Identificación: 28273102

Vigencia del contrato: 14/01/2026 al 13/01/2027

Fallecido: ☐
Seguros: ☐Asistencia Completa: ☐

Nombre: AYALA DE ADARME SILVIA

Estado: RENOVADO

Fecha de Fallecimiento:

Fecha de Retiro:

Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

Certifica: Santiago Morales Gómez

Versión: 3. Fecha de aplicación: 23/10/2019

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN
Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **751.494**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:50:55a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**Identificación: **1100813571**Vigencia del contrato: **7/02/2026 al 6/02/2027**Fallecido: ☐Seguros: ☐Asistencia Completa: ☐Nombre: **QUINTERO QUINTERO VICTOR ALFONSO**Estado: **RENOVADO**

Fecha de Fallecimiento:

Fecha de Retiro:

Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN
Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **522.973**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:26:40a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**Identificación: **28272774**Vigencia del contrato: **15/01/2026 al 14/01/2027**Fallecido: ☐Seguros: ☐Asistencia Completa: ☐Nombre: **SALAMANCA SAAVEDRA MARIA AURORA**Estado: **RENOVADO**

Fecha de Fallecimiento:

Fecha de Retiro:

Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN

Sigla Convenio: SERVIMCOOP LTDA

Producto: PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN
LIM EDAD

Contrato: 505.520

Fecha de Impresión: Lunes, 23 de febrero de 2026 9:48:53a. m.

Usuario: Neyla Nayibe Acelas Martine

AFILIADO

Identificación: 4084967

Vigencia del contrato: 29/09/2025 al 28/09/2026

Fallecido: ☐
Seguros: ☐Asistencia Completa: ☐

Nombre: DULCEY MONSALVE TELMO

Estado: RENOVADO

Fecha de Fallecimiento:

Fecha de Retiro:

Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinestro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN
Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **489.871**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:34:23a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**

Identificación: 28271007

Vigencia del contrato: 18/06/2025 al 17/06/2026

Fallecido: ☐Seguros: ☐Asistencia Completa: ☐

Nombre: MEDINA NIÑO MARIA POLICARPA

Estado: RENOVADO

Fecha de Fallecimiento:

Fecha de Retiro:

Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Técnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

Certifica: **Neyla Nayibe Acelas Martinez**

Versión: 3. Fecha de aplicación: 23/10/2019

COFUNERARIA – BUCARAMANGA

CERTIFICADO AFILIACIÓN

Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **486.185**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:32:30a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**Identificación: **28274633**Nombre: **MARTINEZ VIUDA DE ROMERO NOHEMI**Vigencia del contrato: **10/05/2025 al 9/05/2026**Estado: **RENOVADO**Fallecido: ☐

Fecha de Fallecimiento:

Seguros: ☐

Fecha de Retiro:

Asistencia Completa: ☐Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

Certifica: **Neyla Nayibe Acelas Martinez**

Versión: 3. Fecha de aplicación: 23/10/2019

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN
Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **640.922**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:47:51a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**Identificación: **28273429**Vigencia del contrato: **14/09/2025 al 13/09/2026**Fallecido: ☐Seguros: ☐Asistencia Completa: ☐Nombre: **CASTRO QUINTERO MARIA MARGARITA**Estado: **RENOVADO**

Fecha de Fallecimiento:

Fecha de Retiro:

Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

Certifica: **Neyla Nayibe Acelas Martine**

Versión: 3. Fecha de aplicación: 23/10/2019

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN
Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **505.670**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:49:49a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**Identificación: **28270504**Vigencia del contrato: **1/10/2025 al 30/09/2026**Fallecido: ☐Seguros: ☐Asistencia Completa: ☐Nombre: **DIAZ SAAVEDRA MARIA JOSEFA**Estado: **RENOVADO**

Fecha de Fallecimiento:

Fecha de Retiro:

Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Siniestro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN
Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0027 – INTEGRAL MILENIUM**Contrato: **301.193**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:53:09a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**

Identificación: 40009180

Nombre: GOMEZ MARIN AURA EFIGENIA

Vigencia del contrato: 2/10/2025 al 1/10/2026

Estado: **RENOVADO**Fallecido: ☐

Fecha de Fallecimiento:

Seguros: ☐

Fecha de Retiro:

Asistencia Completa: ☒Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Técnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Siniestro	Fec. Retiro
1	CC	28272744	COLMENARES GOMEZ ARIANIS	HIJO (A)		2/10/2018
2	CC	5698440	COLMENARES GOMEZ SANTOS ALBEIRO	HIJO (A)		
3	CC	28272829	COLMENARES GOMEZ ERIKA JOHANA	HIJO (A)		
4	CC	1100812585	COLMENARES GOMEZ JEIRSSON ANDRES	HIJO (A)		
5	CC	2133742	QUINTERO MARIN JOSE MIGUEL	HERMANO (A)		
6	TI	1100812785	PELAYO COLMENARES NICOLLE MARIANA	NIETO (A)		
7	RC	1100813139	COLMENARES GIL DAILYN LUCIANA	NIETO (A)		
8	TI	1192813205	PELAYO COLMENARES LIZETH TATIANA	NIETO (A)		

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN
Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **556.347**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:44:55a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**Identificación: **5697451**Nombre: **DIAZ GOMEZ JOSE GREGORIO**Vigencia del contrato: **18/08/2025 al 17/08/2026**Estado: **RENOVADO**Fallecido: ☐

Fecha de Fallecimiento:

Seguros: ☐

Fecha de Retiro:

Asistencia Completa: ☐Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Técnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

Certifica: **Neyla Nayibe Acelas Martinez**

Versión: 3. Fecha de aplicación: 23/10/2019

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN
Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **522.957**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:24:19a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**

Identificación: 2134638

Nombre: **HERNANDEZ JESUS**

Vigencia del contrato: 15/01/2026 al 14/01/2027

Estado: **RENOVADO**Fallecido: ☐

Fecha de Fallecimiento:

Seguros: ☐

Fecha de Retiro:

Asistencia Completa: ☐Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

COFUNERARIA – BUCARAMANGA

CERTIFICADO AFILIACIÓN

Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **533.048**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:28:55a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**

Identificación: 5699152

Nombre: **QUINTERO RIVERA FERMIN**

Vigencia del contrato: 4/04/2026 al 3/04/2027

Estado: **RENOVADO**Fallecido: ☐

Fecha de Fallecimiento:

Seguros: ☐

Fecha de Retiro:

Asistencia Completa: ☐Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Técnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

Certifica: **Neyla Nayibe Acelas Martinez**

Versión: 3. Fecha de aplicación: 23/10/2019

COFUNERARIA – BUCARAMANGA

CERTIFICADO AFILIACIÓN

Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **496.220**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:37:00a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**Identificación: **22417320**Nombre: **GOMEZ ALVAREZ EMMA**Vigencia del contrato: **16/07/2025 al 15/07/2026**Estado: **RENOVADO**Fallecido: ☐

Fecha de Fallecimiento:

Seguros: ☐

Fecha de Retiro:

Asistencia Completa: ☐Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

Certifica: **Neyla Nayibe Acelas Martinez**

Versión: 3. Fecha de aplicación: 23/10/2019

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN

Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **490.154**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:46:51a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**Identificación: **91079363**Nombre: **AMAYA PINTO CECILIO**Vigencia del contrato: **11/06/2025 al 10/06/2026**Estado: **RENOVADO**Fallecido: ☐

Fecha de Fallecimiento:

Seguros: ☐

Fecha de Retiro:

Asistencia Completa: ☐Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinlestro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

Certifica: **Neyla Nayibe Acelas Martinez**

Versión: 3. Fecha de aplicación: 23/10/2019

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN
Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **507.920**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:27:49a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**Identificación: **28269097**Vigencia del contrato: **10/10/2025 al 9/10/2026**Fallecido: ☐Seguros: ☐Asistencia Completa: ☐Nombre: **SOLER JIMENEZ ANA FRANCISCA**Estado: **RENOVADO**

Fecha de Fallecimiento:

Fecha de Retiro:

Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

Certifica: **Neyla Nayibe Acelas Martinez**

Versión: 3. Fecha de aplicación: 23/10/2019

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN
Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **486.189**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:29:55a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**Identificación: **5698233**Nombre: **JAIMES DURAN ALVARO ISIDRO**Vigencia del contrato: **10/05/2025 al 9/05/2026**Estado: **RENOVADO**Fallecido: ☐

Fecha de Fallecimiento:

Seguros: ☐

Fecha de Retiro:

Asistencia Completa: ☐Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinestro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN

Sigla Convenio: SERVIMCOOP LTDA

Producto: PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN
LIM EDAD

Contrato: 486.187

Fecha de Impresión: Lunes, 23 de febrero de 2026 9:31:14a. m.

Usuario: Neyla Nayibe Acelas Martine

AFILIADO

Identificación: 23453805

Nombre: GARCIA FLOREZ EDUVIGIS

Vigencia del contrato: 10/05/2025 al 9/05/2026

Estado: RENOVADO

Fallecido: ☐

Fecha de Fallecimiento:

Seguros: ☐

Fecha de Retiro:

Asistencia Completa: ☐Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

Certifica: Neyla Nayibe Acelas Martinez

Versión: 3. Fecha de aplicación: 23/10/2019

COFUNERARIA – BUCARAMANGA
CERTIFICADO AFILIACIÓN
Sigla Convenio: **SERVIMCOOP LTDA**Producto: **PLA0249 – INTEGRAL UNIPERSONAL SIN LIM EDAD**Contrato: **630.086**Fecha de Impresión: **Lunes, 23 de febrero de 2026 9:43:48a. m.**Usuario: **Neyla Nayibe Acelas Martine****AFILIADO**Identificación: **28272473**Vigencia del contrato: **25/07/2025 al 24/07/2026**Fallecido: ☐Seguros: ☐Asistencia Completa: ☐Nombre: **PINEDA BAEZ ELSIDA**Estado: **RENOVADO**

Fecha de Fallecimiento:

Fecha de Retiro:

Asistencia Repatriación: ☐

Cod. Seguro

R. Tecnico

Seguro

GRUPO FAMILIAR

#	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Sinistro	Fec. Retiro
1						

BENEFICIARIOS SEGUROS

Tipo Doc.	Nro. Doc.	Apellidos y Nombres	Seguro	% Part.
-----------	-----------	---------------------	--------	---------

EL PRESENTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO DE LA AFILIACION DEL PLAN EXEQUIAL HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION

Certificado de Afiliación
DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Nombres: Gloria Elsa Romero Pineda No. Doc: 35456945 de:
Dirección: Kra 104 56f 14 Sur Teléfono: 3005503257 Afiliación: 184900
Contrato Nro: GNI085461 Fecha de Afiliación: 29-ago-2008
Plan de Afiliación: DORADO BASICO Cobrador: Oficina Principal
Cuota mensual: \$ 12.449

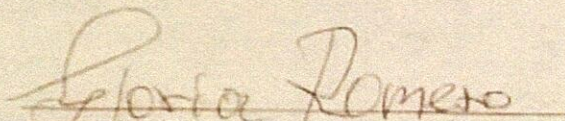
GRUPO REPORTADO

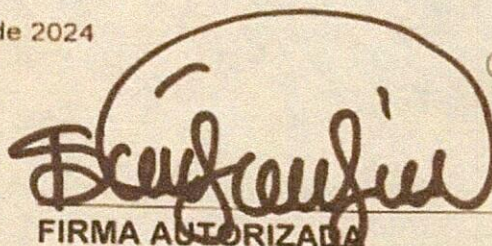
NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	PARENTESCO	F. COBERTUR	EDAD	ESTADO	F. RETIRO
Romero Pineda Dano	GNI224183	HERMANO(A)	29-ago-2008	49	ACTIVO	
Vargas Romero Edgar Alexander	GNI224182	HIJO(A)	29-ago-2008	19	ACTIVO	

Observaciones: ** FUNZA HOGAR RONCANCIO **

* Declaro que he leído y acepto en su totalidad las modificaciones y estado actual de la información de mi contrato de Afiliación resumido en este documento

Para Constancia se firma el viernes, 26 de enero de 2024


CONTRATANTE
C.C No. 35456945


FIRMA AUTORIZADA
Coorserpark S. A. S.

COORSERPARK S.A

26 ENE 2024

NIT 800.215.065 - 4

