ALCALDIA DE SAN ROQUE	Documento	Cuenta de cobro-factura	Código	F-GC-CXC-01
	Proceso	Contractual	Versión	01
	procedimiento	Cuenta de cobro contratista	Fecha	Enero de 2024.

CUENTA DE COBRO
Número 005 de 2026

EL MUNICIPIO DE SAN ROQUE
NIT. 890980850-7

DEBE A:

FUNDACIÓN HOGAR EL BUEN SAMARITANO NIT. 900361841-0

LA SUMA DE:
$ 4.892.054

POR CONCEPTO:

PAGO NÚMERO 005(FACTURA ELECTRONICA **HSAM757**)

N. DE CONTRATO: CVA 003-2025

OBJETO DEL CONTRATO: AUNAR ESFUERZOS FINANCIEROS PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE ABANDONO, INDIGENCIA O VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE, BRINDÁNDOLES HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN, ACTIVIDADES LÚDICAS, PRODUCTIVAS, CULTURALES Y CUIDADO INTEGRAL EN LA FUNDACION HOGAR EL BUEN SAMARITANO.

PERIODO: DEL 01 MAYO AL 31 DE MAYO DE 2026

Autorizo consignar a la **cuenta de Ahorros** número **65162425204 Bancolombia**

Nombre y firma: **FELIPE ALBERTO RIVILLAS CASTAÑO**
CC:16.076.681
Representante legal

FUNDACION HOGAR EL BUEN SAMARITANO
NIT: 900361841 - 0
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas □ IVA
Persona Jurídica
Dirección: KM 2 VIA CONCEPCION, BARBOSA, Antioquia, Colombia
Tel. 3105791894
Email. FUNDACIONHBSAMARITANO826@GMAIL.COM
Autorización factura electrónica de venta No: 18764105174212 válida desde 2026-01-29 hasta 2027-01-29 rango desde HSAM715 hasta HSAM1000

Nombre/Razón Social: MUNICIPIO DE SAN ROQUE
NIT: 890980850
Dirección: CRR 20 N° 20 - 59, SAN ROQUE, Antioquia, Colombia
Teléfono:
Email: alcaldia@sanroque-antioquia.gov.co

Forma de pago: Contado
Medio de pago: Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: **HSAM757**
MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **07:43:51**
FECHA FIRMADO: **28/05/2026 07:43:53**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
28	05	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	CAM	CONTRATO ADULTO MAYOR PARA LA PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE ABANDONO, INDIGENCIA O VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE, BRINDÁNDOLES HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN, ACTIVIDADES LÚDICAS, PRODUCTIVAS, CULTURALES Y CUIDADO INTEGRAL EN LA FUNDACION HOGAR ELBUEN SAMARITANO. MES DE MAYO DE 2026	WSD	1,00	$4.892.054,00				$0,00	$4.892.054,00

Notas:

SON: (cuatro millones ochocientos noventa y dos mil cincuenta y cuatro pesos cero centavos)

CUFE: 63546c9524dc4f7c6455e7b2181fedfae895b808d5877927546cb77eeb49848523b2fefb445d2c32b7f1ac6c06369140

Subtotal:	$4.892.054,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$4.892.054,00

Firma Digital: AJ53XR2oVXUu3XjoWnvcIh5iBPTwCRcyTS+fhZVDC13tPyQo1azIpXz0AHgm4B1u
K49/CRt93fFowjvoirut6LYK/xK/Zi5fRMbQP51zkTemJj1PfB8JkG9s6ldMAxb6
3aNDkBlKXIaLEREucFc5Mm32pc2u6rUThyPxusA0l0WumSCFd226r21VHuEd63KP
pS7mwp8w1CaTeLwhaLMYE/3l4bCbpnMfops3CNBmb0j3rONmNGd+qKKSDbJScyRp
FtYvjTV9Q9ZinBHYjLVHumBBjQzqGa38yMGCz1xkj3K8bYWyIDMypY59K1modXKj
2UW6r/rFuYcnd5ORKJRAkA==

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

Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..

INFORME DE ACTIVIDADES
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION

Fecha	31	MAYO	2026

Número de informe:	**05**

TIPO DE CONTRATO	Convenio de Asociación
NOMBRE CONTRATISTA:	**FUNDACIÓN HOGAR EL BUEN SAMARITANO NIT. 900361841-0**
NO. DE CONTRATO:	CVA-003-2025
OBJETO DEL CONTRATO:	AUNAR ESFUERZOS FINANCIEROS PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE ABANDONO, INDIGENCIA O VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE, BRINDÁNDOLES HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN, ACTIVIDADES LÚDICAS, PRODUCTIVAS, CULTURALES Y CUIDADO INTEGRAL EN LA FUNDACION HOGAR EL BUEN SAMARITANO.
VALOR DEL CONVENIO:	($ 74.880.000) SETENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS
ESFUERZO MUNICIPIO:	($ 57.600.000) CINCUENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS.
ESFUERZO CONVENIENTE	($ 17.280.000) DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS, CONSISTENTE EN DOTACIÓN ESPACIOS FÍSICOS, TÉCNICOS, HUMANOS (PAGO DE SERVICIOS PÚBLICOS ADMINISTRADORA Y SEGURIDAD SOCIAL DE EMPLEADAS).
FORMA DE PAGO:	Los recursos que serán girados CUPO PERSONA, mes vencido una vez el supervisor del convenio, realice la correspondiente revisión de la existencia de condiciones dignas para la población adulta mayor y certifique vía planilla a la existencia de los adultos mayores internados en dicho C.B.A., para el pago se deberá allegar certificación de pago de la seguridad social integral en salud, pensión y riesgos profesionales y la última cuota estará supeditada a la liquidación del convenio.
FECHA DEL CONTRATO:	31 de octubre de 2025
FECHA DE INICIO:	01 de enero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 de diciembre de 2026.
DURACIÓN DEL CONTRATO:	(365) DIAS CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO
NOMBRE DEL SUPERVISOR	DIANA CRISTINA GIRALDO MARIN
CARGO DEL SUPERVISOR	SECRETARIA DE SALUD

PERIODO INFORMADO			
DESDE	01 mayo de 2026	**HASTA**	31 de mayo de 2026.

Las actividades que a continuación se indican desarrollan el objeto contratado con el **Municipio** de **San Roque - Antioquia**:

ACTIVIDADES – PRODUCTOS -ALCANCE DEFINIDOS EN EL CONTRATO	
1. **Atención Integral:** Brindar atención integral a los adultos mayores institucionalizados, asegurando una alimentación balanceada de acuerdo a las necesidades nutricionales establecidas por un nutricionista, con variación de menús cada cuatro meses. 2. **Personal Calificado:** Garantizar la atención por parte de personal idóneo, que incluya manipuladores de alimentos y auxiliares de enfermería, para asegurar el cuidado y bienestar de los adultos mayores. 3. **Pago de Servicios Domiciliarios:** Asegurar el pago oportuno de los servicios públicos domiciliarios del hogar donde habitan los adultos. 4. **Capacidad del Centro:** Mantener la capacidad operativa del hogar donde habitan los adultos para albergar el número de usuarios de manera adecuada. 5. **Mejora de Condiciones de Vida:** Implementar estrategias y gestiones con profesionales para mejorar el estado nutricional, físico y mental de los adultos mayores. 6. **Servicio Permanente:** Garantizar la prestación de servicios de protección y cuidados básicos de forma continua, los siete días de la semana. 7. **Gastos Exequiales:** Cubrir los gastos exequiales de los adultos institucionalizados subsidiados por el municipio 8. **Informe Mensual de Actividades:** Presentar informes mensuales detallados de todas las actividades realizadas, incluyendo el cumplimiento del cronograma, mejoras implementadas, labores realizadas con los adultos mayores y entrega de implementos personales. 9. **Atención Médica Integral:** Coordinar intervenciones médicas necesarias, suministrar medicamentos según prescripción médica y realizar acompañamiento en caso de remisión a instituciones de salud externas. 10. **Servicios Básicos Garantizados:** Asegurar la prestación de servicios básicos como alojamiento, alimentación, lavandería, recreación, apoyo espiritual, dotación personal y transporte para traslados a instituciones de salud. 11. **Actividades Recreativas y Culturales:** Organizar actividades para el aprovechamiento del tiempo libre, recreación, educación, deporte, cultura y celebración de fechas especiales, promoviendo el bienestar emocional y social de los adultos mayores involucrando las familias y cuidadores. 12. **Respuesta Inmediata a Solicitudes:** Atender de manera inmediata cualquier aclaración, solicitud o soporte exigido por la Alcaldía Municipal o la Secretaría de Salud relacionada con la ejecución del contrato. 13. **Apoyo en Proyectos de Mejora:** Colaborar con la Secretaría de Salud en la gestión, presentación y ejecución de proyectos orientados a mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor, conforme al Plan de Desarrollo Municipal.	
ACTIVIDADES O PRODUCTOS REALIZADOS EN EL PERIODO	**EVIDENCIAS**

1. **Atención Integral:** Brindar atención integral a los adultos mayores institucionalizados, asegurando una alimentación balanceada de acuerdo a las necesidades nutricionales establecidas por un nutricionista, con variación de menús cada cuatro meses.

1.Los adultos que residen en el centro de bienestar del adulto mayor reciben una atención completa. Alimentación balanceada de acuerdo a sus necesidades esta se encuentra plasmada en la minuta ordenada por la nutricionista que atiende este centro.

Se adjunta valoración nutricional actualizada.

Foto 01: Mesa Preparada para el Servicio de Alimentación.

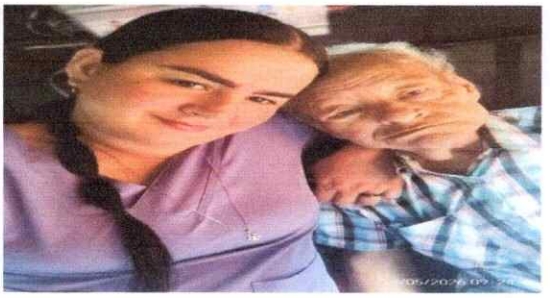
Foto 02: Hora de almuerzo (4 residentes convenio)







Mayo 03/2026

2. **Personal Calificado:** Garantizar la atención por parte de personal idóneo, que incluya manipuladores de alimentos y auxiliares de enfermería, para asegurar el cuidado y bienestar de los adultos mayores. En el CBA se garantiza día a día la atención a los adultos mayores por personal idóneo, debidamente certificado en manipulación de alimentos y enfermería con gran sentido de pertenencia por este centro y el personal que allí se atiende. Foto 01: Auxiliar de Enfermería. Foto 02: Auxiliar de Servicios Generales Foto 03: Manipuladora de Alimentos	   Mayo 10/20265
	Se adjuntan factura de manera física en el informe.

4. **Capacidad del Centro:** Mantener la capacidad operativa del hogar donde habitan los adultos para albergar el número de usuarios de manera adecuada.

El CBA en el momento brinda atención a 17 adultos de manera integral, está ocupado en un 100% de su capacidad, 4 de ellos hacen parte del convenio.

Semanalmente se hace trabajo de Actividad Física 2 veces a los adultos autónomos y 2 veces de terapia a los adultos dependientes.

Foto 01: Terapia de hidratación de piel.

Foto 02: Ejercicios practico corte de uñas

Foto 03: Terapia

Durante el mes de mayo fallecieron 2 adultos mayores que hacían parte del convenio, los cuales fueron reemplazados por 2 adultos que en estado de vulnerabilidad y abandono

Se anexan certificados de defunción y bases de datos de los adultos que hacen parte del convenio.





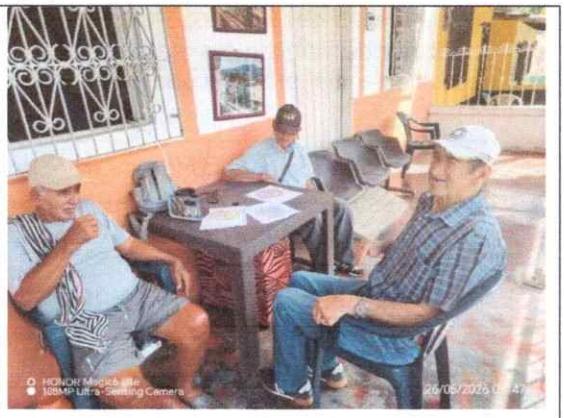


Mayo 26/026

5.. **Mejora de Condiciones de Vida:** Implementar estrategias y gestiones con profesionales para mejorar el estado nutricional, físico y mental de los adultos mayores.

Nuestra institución procura el mejoramiento continuo en la calidad de vida de los adultos mayores de la institución, las actividades lúdico/ recreativas son pilar de los fundamentos de la obra.

Fotografía Juegos de mesa.
Fotografía Magia del Pintar.







Mayo 24/26

6. **Servicio Permanente:** Garantizar la prestación de servicios de protección y cuidados básicos de forma continua, los siete días de la semana.

En el cuidado y manutención de cada residente se debe plasmar el rostro de Cristo Resucitado.

Los cuidados brindados a los adultos mayores residentes en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBA) son integrales, continuos y sin limitación de tiempo. La atención se presta de forma permanente, garantizando la cobertura de todas sus necesidades básicas, médicas y asistenciales.

El centro cuenta con servicio de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, lo cual permite una vigilancia constante del estado de salud de los residentes, así como una atención oportuna ante cualquier eventualidad. Además, se desarrollan actividades terapéuticas y físicas orientadas a mantener o mejorar las condiciones funcionales de cada residente, según su nivel de autonomía.

Evidencias fotográficas de los cuidados y actividades lúdicas y terapéuticas se tienen en este informe.







Mayo 18/2026

	
7. **Gastos Exequiales:** Cubrir los gastos exequiales de los adultos institucionalizados subsidiados por el municipio El CBA cubre el servicio funerario de algunos adultos, el resto lo cubre los familiares	En el CBA se tienen los certificados funerarios de todos los adultos Se naexa dos(2) certificados de defunsion.
8. **Informe Mensual de Actividades:** Presentar informes mensuales detallados de todas las actividades realizadas, incluyendo el cumplimiento del cronograma, mejoras implementadas, labores realizadas con los adultos mayores y entrega de implementos personales. Mensualmente se presenta el informe de actividades desarrolladas, el cual incluye las respectivas evidencias y soportes documentales, en concordancia con las acciones pactadas en el marco del convenio. Este informe permite realizar el seguimiento y verificación del cumplimiento de los compromisos adquiridos, así como garantizar la transparencia en la ejecución de las actividades programadas. Además, constituye una herramienta fundamental para la evaluación técnica y administrativa del proceso por parte de las entidades responsables. Durante el mes de mayo se recibió visita por parte del personal que hace parte de la Secretaria de salud, las cuales se llevaron a cabo los días 13 de mayo por parte de la Gerontóloga y 19 de	Manutención total de los residentes. Alimentación Balanceada. Aseo personal y de las áreas comunes. Servicio de Enfermería. Actividades Lúdicas y Recreativas. Se anexa actas de visita e informe mensual de actividades

mayo por parte de la auxiliar de enfermería, se recibieron las recomendaciones brindadas por el personal.	
9. **Atención Médica Integral:** Coordinar intervenciones médicas necesarias, suministrar medicamentos según prescripción médica y realizar acompañamiento en caso de remisión a instituciones de salud externas. Los adultos mayores atendidos en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBA) reciben atención integral en salud, la cual incluye servicios de enfermería y atención médica, ajustados a sus necesidades particulares. La atención de enfermería se brinda de manera continua dentro del CBA, mientras que la atención médica se gestiona de acuerdo con la complejidad del caso: puede realizarse en las instalaciones del propio centro (cuando es posible), o mediante remisión oportuna a instituciones de salud como el hospital local o IPS de mayor nivel de complejidad, según se requiera. Este modelo de atención garantiza el acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud, priorizando el bienestar y la calidad de vida de los residentes.	Notas de Enfermería y Seguimiento médico el cual consta en los archivos de la obra.
10. Servicios Básicos Garantizados: Asegurar la prestación de servicios básicos como alojamiento, alimentación, lavandería, recreación, apoyo espiritual, dotación personal y transporte para traslados a instituciones de salud. La manutención integral y el cuidado de los residentes son pilares de la institución, en el proceso de alimentación nos basamos en los parámetros y normas del profesional en nutrición y en las características de las dietas que el mismo entregue según la patología del residente. El aseo de los residentes es diario y de igual manera el de las áreas sociales y comunes se realiza durante todo el día, teniendo como punto alcanzable ambientes sanos y perdurables, los empleados de la institución están debidamente uniformados y cuentan con su respectiva dotación en material y utensilios de seguridad necesarios para su trabajo. En el momento de presentarse una calamidad en salud y el residente necesite de atención hospitalaria la institución se	 

encarga del traslado y cuidado del mismo en la institución médica (también se anota el acompañamiento a citas médicas) Actividades conjuntas: Toma de signos vitales/ glucometría.	
11 **Actividades Recreativas y Culturales:** Organizar actividades para el aprovechamiento del tiempo libre, recreación, educación, deporte, cultura y celebración de fechas especiales, promoviendo el bienestar emocional y social de los adultos mayores. Recreación educación, deporte. Cultura, celebración de fechas especiales entre otras. En el CBA se realizan muchas actividades de esparcimientos, pintura, gimnasia, terapias y actividades religiosas también se celebran las fechas especiales. -Adultos y Adultas, 1ª foto Adultos después de haber hecho el Santo Rosario.	   Mayo 20/26
12. **Respuesta Inmediata a Solicitudes:** Atender de manera inmediata cualquier aclaración, solicitud o soporte exigido por la Alcaldía Municipal o la Secretaría de Salud relacionada con la ejecución del contrato.	En el contrato que reposa en la secretaría de salud se cuenta con la documentación requerida del CBA

La administradora del CBA acude de manera atenta y cumple con los requerimientos. hechos por la administración municipal de acuerdo a los lineamientos del contrato	
13. **Apoyo en Proyectos de Mejora:** Colaborar con la Secretaría de Salud en la gestión, presentación y ejecución de proyectos orientados a mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor, conforme al Plan de Desarrollo Municipal. Nuestra institucion siempre atenta a las necesidades de nuestra comunidad se vincula con al administracion municipal de San Roque para dar continuidad al plan de desarrollo y de esta manera garantizar los derechos de los adultos mayores, nuetra obra siempre esta dispuesta a buscar alternativas para ser modelo social y de valores evangelicos. Atendemos un comedor comuniatario donde brindamos alimentos(almuerzo a 10 peronas en estado de vulnerabilidad)	  

Nota: Se ejecutaron todas las obligaciones contractuales, certificando en mi calidad de contratista que no existió la relación de subordinación
CERTIFICADO CONTRATISTA SEGURIDAD SOCIAL
Yo **FELIPE ALBERTO RIVILLAS CASTAÑO,** Identificado con la cédula número **16.076.681 representante legal de la FUNDACIÓN HOGAR EL BUEN SAMARITANO NIT. 900361841-0** certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social febrero por valor de **$ 4.962.900** con planilla **N° 85083511** CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nro**. CVA 003 -2025** del cual hace parte este pago.

FELIPE ALBERTO RIVILLAS CASTAÑO

C.C. 16.076.681
Contratista

ACTA DE VISITA

AL CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR MUNICIPIO DE SAN ROQUE

REGISTRO DE VISITAS:	
FECHA DE VISITA	**19-05-2026**
LUGAR DE LA VISITA	**HOGAR EL BUEN SAMARITANO**
TELEFONO DEL CPSAM	**3146767286**
OBJETIVO:	**CONTROL Y SEGUIMENTO**
RESPONSABLE DE LA VISITA	**SANDRA MILENA VALENCIA CASTRILLON**
PROFESIÓN O CARGO	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**

OBSERVACIONES El día 19/05/2026 se realizó visita de control, seguimiento y acompañamiento en el Hogar El Buen Samaritano, institución donde se encuentran 15 adultos mayores institucionalizados. Durante la visita se evidencian adultos mayores en condiciones generales estables, con adecuado estado general y estado anímico conservado.

Como situación relevante, se reporta el fallecimiento del señor John Jairo, adulto mayor institucionalizado por parte de la Administración Municipal, ocurrido el día 12 de mayo de 2026 en horas de la tarde. Según información suministrada por cuidadores de la institución, el adulto mayor presentó colapso súbito en horas de la tarde, procediéndose a solicitar atención inmediata de la enfermera del puesto de salud del corregimiento, quien acudió oportunamente y encontró al usuario sin signos vitales. Según lo referido por el personal cuidador, el adulto mayor recibía manejo farmacológico con trazodona cada 12 horas. Se presume evento de instauración súbita, pendiente de definición médica oficial.

Adicionalmente, se realiza seguimiento al señor José Aníbal, quien, según refiere el personal de enfermería, presentaba sintomatología y quebrantos de salud desde aproximadamente 15 días atrás. Durante la valoración del día de la visita se evidencia marcado deterioro de su estado general de salud, con incremento de la descompensación clínica y desmejoría en horas de la mañana, motivo por el cual se decide traslado inmediato al servicio de urgencias.

Según información aportada por cuidadores y personal de enfermería, el adulto mayor manifestaba dolor intenso a nivel frontal, evidenciándose además hematoma, edema en hemicuerpo izquierdo comprometiendo mano, rostro, cráneo y miembro superior izquierdo, asociado a edema periocular y alteración del estado de conciencia caracterizada por mirada perdida. Ante el compromiso clínico observado, se activa atención oportuna y traslado al servicio de urgencias, donde posteriormente hace presencia su núcleo familiar, quedando bajo su acompañamiento y seguimiento médico.

En cuanto a la atención institucional, el hogar cuenta con plan nutricional supervisado por profesional en nutrición, coordinación institucional, enfermera de turno, personal de apoyo asistencial y de servicios generales, así como manipuladora de alimentos, garantizando el cuidado básico y acompañamiento integral

de los adultos mayores residentes.

CONCLUSIÓN: Durante la visita de control y seguimiento realizada al Hogar El Buen Samaritano, se evidencian condiciones generales adecuadas de orden, aseo e higiene en las instalaciones, observándose un ambiente limpio y organizado. Asimismo, se identifica cumplimiento en la provisión de la alimentación a los adultos mayores, acorde con la minuta establecida por profesional en nutrición.

Al momento de la atención, los adultos mayores se encuentran en condiciones clínicas estables según sus diagnósticos médicos y condición individual. A nivel emocional y comportamental, se observan algunos residentes con adecuada interacción y estado anímico favorable; sin embargo, otros adultos mayores se evidencian más silenciosos, reservados y con poca expresión emocional, situación que genera la necesidad de fortalecer la observación y el acompañamiento psicosocial para identificar posibles necesidades afectivas, emocionales o relacionadas con procesos propios del envejecimiento e institucionalización.

El hogar cuenta con talento humano conformado por coordinador, profesional de enfermería en jornada laboral, personal de aseo y manipuladora de alimentos, observándose organización básica en la prestación de los servicios de atención y cuidado.

No obstante, desde la observación realizada durante la visita, se considera pertinente fortalecer algunos aspectos relacionados con el cuidado integral, el acompañamiento permanente y la atención individualizada de los adultos mayores, con el fin de favorecer aún más su bienestar físico, emocional y calidad de vida.

Adicionalmente, llama la atención el número de fallecimientos registrados en el transcurso del presente año entre la población institucionalizada, aspecto que, aunque puede estar asociado a la edad avanzada, condiciones clínicas y comorbilidades propias de esta población, amerita seguimiento, revisión continua de las condiciones de cuidado, vigilancia del estado de salud y fortalecimiento de las acciones preventivas y de atención integral.

Desde el punto de vista profesional, se recomienda continuar realizando seguimiento periódico al hogar, fortaleciendo las estrategias de cuidado humanizado, apoyo emocional, monitoreo clínico y atención interdisciplinaria orientada a responder integralmente a las necesidades de los adultos mayores residentes

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VISITA: SANDRA MILENA VALENCIA CASTRILLON

ACTA DE VISITA
CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR HOGAR BUEN SAMARITANO- MUNICIPIO DE SAN ROQUE

REGISTRO DE VISTAS, CPSAM HOGAR BUEN SAMARITANO	
FECHA DE VISITA	**13 de MAYO de 2026**
LUGAR DE LA VISITA	**CPSAM HOGAR BUEN SAMARITANO - PROVIDENCIA**
TELEFONO DEL CPSAM	3217287124
OBJETIVO:	Realizar visita de acompañamiento por parte del cabildo de adultos mayores y seguimiento al CPSAM Hogar buen samaritano del corregimiento de Providencia, con el fin de verificar las condiciones de bienestar, cuidado y atención brindadas a las personas adultas mayores residentes.
RESPONSABLE DE LA VISITA	**LUISA FERNANDA CORREA CORREA -**
PROFESIÓN O CARGO	GERONTOLOGA

DESARROLLO DE LA VISITA

El día 13 de mayo de 2026 se realizó visita al CPSAM del corregimiento de Providencia, en compañía de los cabildantes del Adulto Mayor, Lucía Montoya, Martha Rodríguez, Angélica Osorno, María del Carmen Cadavid, Lucelly Franco, Edelmira Marín y Marina Pino con el propósito de compartir e interactuar con las personas mayores residentes y verificar las condiciones de atención y cuidado brindadas dentro de la institución.

Durante la jornada se evidenciaron adecuadas condiciones de limpieza, organización y cuidado en los espacios físicos del centro, observándose un ambiente tranquilo y favorable para el bienestar de las personas adultas mayores. Así mismo, se identificó una atención respetuosa por parte del personal encargado hacia los residentes.

Se realizaron espacios de diálogo e interacción con las personas mayores, promoviendo el acompañamiento emocional, la escucha activa y la participación social, aspectos fundamentales para fortalecer su bienestar integral.

Desde el enfoque gerontológico, este tipo de visitas permiten promover entornos protectores y dignos para las personas adultas mayores, favoreciendo el envejecimiento activo, la inclusión social y el seguimiento continuo a sus necesidades físicas, emocionales y sociales.

COMPORTAMIENTO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Durante la visita se observó una actitud receptiva y participativa por parte de las personas adultas mayores residentes. Se evidenció adecuada interacción entre los usuarios y el personal de atención, en un ambiente de respeto y convivencia.

OBSERVACIONES

- Se evidenciaron adecuadas condiciones de limpieza y organización en las instalaciones del CPSAM.
- Se observó trato digno y respetuoso hacia las personas adultas mayores residentes.
- Las personas mayores participaron de manera positiva en los espacios de interacción y acompañamiento.
- Se recomienda continuar fortaleciendo las actividades de acompañamiento integral y bienestar para la población residente.

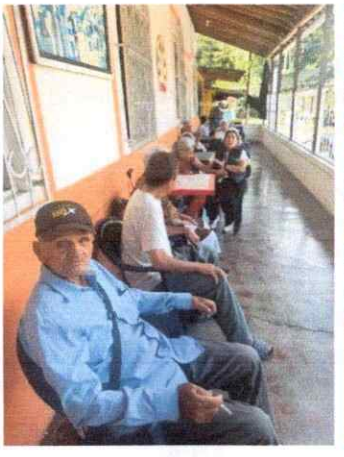
CONCLUSIONES

La visita realizada al CPSAM de Providencia permitió evidenciar condiciones adecuadas de atención, cuidado y bienestar para las personas adultas mayores residentes, resaltando la importancia del acompañamiento institucional y comunitario en la promoción de una vejez digna y activa.

Se anexa por medio de registro fotográfico, listado de asistencia de los cabildantes que realizaron la visita

REGISTRO FOTOGRÁFICO



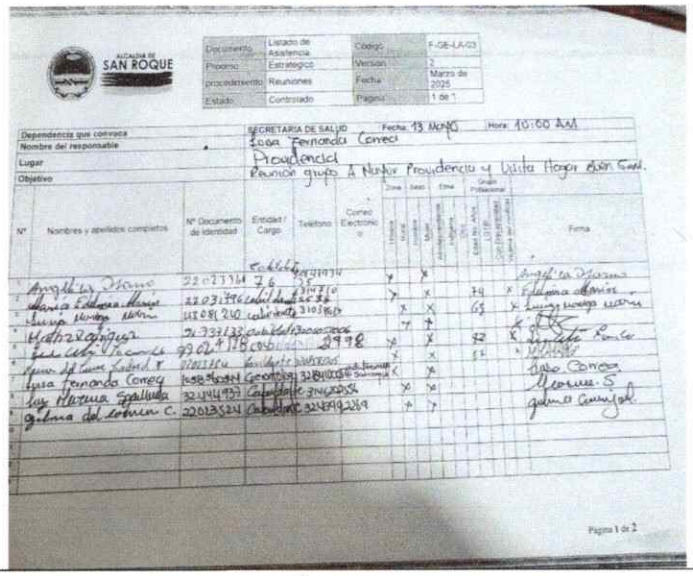












ALCALDIA DE SAN ROQUE	Documento	Listado de Asistencia	Código	F-GE-LA-03
	Proceso	Estratégico	Versión	2
	procedimiento	Reuniones	Fecha	Marzo de 2025
	Estado	Controlado	Página	1 de 1

Dependencia que convoca	SECRETARIA DE SALUD Fecha 13 MARZO Hora 10:00 AM
Nombre del responsable	Luisa Fernanda Correa
Lugar	Providencia
Objetivo	Reunión grupo A Nuevo Providencia y Visita Hogar Adm. Cond.

N°	Nombres y apellidos completos	N° Documento de Identidad	Entidad / Cargo	Teléfono	Correo Electrónico	Zona	Sexo	Etnia	Grupo Poblacional	Firma
1	Angélica María	22027764					X			
2	Edilma Esdenia Monsa	22031396				X				
3	Luisa Monsa Mora	41081240				X	X			
4	Martha Espinosa	24933733				X	X			
5	Luis Carlos Ramirez	9702				X	X			
6	Luisa Fernanda Correa	1088				X	X			
7	Luz Marina Saldarriaga	32044933				X	X			
8	Gilma del Carmen C.	22013524				X	X			

Página 1 de 2

- **FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VISITA:** Luisa Fernanda Correa

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

26058320121374

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ANTIOQUIA	SAN ROQUE

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío)	SAN JOSÉ DEL NUS

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2026-05-12	15:30:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	3585745

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RIOS		JHON	JAIRO

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1130589090

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
DAVID	BENAVIDES	MAYRA	TATHIANA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1130589090

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ANTIOQUIA	SAN ROQUE

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2026-05-12	Tathiana M. David MEDICO GENERAL R.M. 1130589090

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

26059420128114

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ANTIOQUIA	SAN ROQUE

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío)	SAN JOSÉ DEL NUS

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2026-05-20	00:50:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	3588285

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RESTREPO	LOPEZ	JESUS	ANIBAL

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1130589090

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
DAVID	BENAVIDES	MAYRA	TATHIANA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1130589090

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ANTIOQUIA	SAN ROQUE

Tathiana David
MEDICO GENERAL
R.M. 1130589090

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2026-05-20	Mayra David Benavides

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-05-20 10:32

Código verificación: 7F71-EA88-9845-B95F

DERIVACIÓN DIABÉTICOS

"HOGAR EL BUEN SAMARITANO"

COMPONENTE NUTRICIONAL
CICLO DE MENU

COMPONENTES	PORCIÓN	SEMANA No. 1						
		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
		DESAYUNO						
BEBIDA	200ml	Chocolate en agua con endulzante	café con leche y endulzante	Leche con canela	Chocolate en leche con endulzante	café con leche y endulzante	Chocolate en agua con endulzante	café con leche y endulzante
HARINA 1	60 gr	Arepa tela	Arepa media tela	Arepa	Arepa media tela	Arroz	Arepa de chocolo	Arroz blanco
HARINA 2	30 gr	Galletas tipo tabla (2 un)	Tostada (1 un)	Galletas tipo tabla (2 un)	Tostada (1 un)			
PROTEICO	60 gr	Huevo con jamón	Quesito	Huevo con aliños	Queso	Huevo con aliños	Quesito	huevos revueltos
		REFRIGERIO DE LA MAÑANA						
BEBIDA	250 ML	Batido de fruta sin azúcar	Refresco de avena en agua sin azúcar	Fruta verde o pintona	Gelatina light	Fruta picada verdes o pintonas	vaso de leche liquida	jugo de mango pinton sin azucar
		ALMUERZO						
SOPA	100 ml	Garbanzo	Pastas	Verduras	Plátano	Frijoles	Crema de Ahuyama	Lentejas
PROTEICO	60 gr	Albondigas de res	Pollo cocido	carne res desmechada	Torta Atún	Carne Molida	Cerdo asado	Pollo cocido
ARROZ	60 gr	Blanco	Blanco	blanco con zanahoria	Blanco	Blanco	Arroz blanco	Arroz blanco
ENERGÉTICO	40 gr	Papa común cocida	Papa criolla con cilantro	Moneditas de platano	yuca cocida.	Tajada de platano maduro	Tornillos de colores con verduras	pure de papa con aliños
ENSALADA	60 gr	Rodajas de tomate	lechuga, tomate y zanahoria	Lechuga, tomate y cebolla	Pepino y tomate	Rodajas de tomate	***	Zanahoria rallada con tomate
BEBIDA	200 ml	Jugo de Fruta sin azúcar	Jugo de Fruta sin azúcar	Jugo de Fruta sin azúcar	Jugo de Fruta sin azúcar	Jugo de Fruta sin azúcar	Jugo de Fruta sin azúcar	Jugo de Fruta sin azúcar
		REFRIGERIO DE LA TARDE						
BEBIDA	250 ml	Refresco de avena sin azucar	Fruta verde o pintona	Gelatina Light	Leche	Jugo de frutas natural en leche sin azúcar	Fruta verde o pintona	yogur light
HARINA	30 gr				Mazamorra			
		COMIDA / CENA						
PROTEINA	60gr	Pollo desnechado con hogao	Huevo entero	jamon y queso	Huevo con aliños	Tortilla de huevo con jamón	Huevos revueltos con platanitos	Carne molida con arveja
ENERGÉTICO 1	60gr	Arepa tela	Arroz blanco	pan tajado (Sanduche)	Arepa tela	Arroz blanco	Arroz blanco	Arepa tela
BEBIDA	200 ml	Chocolate en leche liquida con endulzante	Leche con canela	café con leche y endulzante	Chocolate en agua liquida con endulzante	Chocolate en agua liquida con endulzante	café con leche y endulzante	Chocolate en agua liquida con endulzante

Powered by CamScan

COMPONENTES	PORCIÓN	SEMANA No. 2						
		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
		DESAYUNO						
BEBIDA	200ml	Chocolate en agua liquida con endulzante	café con leche y endulzante	café con leche y endulzante	Chocolate en leche liquida con endulzante	café con leche y endulzante	Chocolate en agua liquida con endulzante	Chocolate en agua liquida con endulzante
HARINA 1	60 gr	Arepa redonda	Arroz	Arepa media tela	Arepa de chócolo	Arroz	Calentado	Arepa de harina pan
HARINA 2	30 gr	Tostada (1 un)		Galletas tipo tabla (2 un)		Tostada (1 un)		
PROTEICO	60 gr	Queso	Tortilla de huevo con aliños	Queso	Quesito	Huevo con aliños	Huevo entero	Quesito
		REFRIGERIO DE LA MAÑANA						
BEBIDA	250 ML	Fruta picada verdes o pintonas	Chocolate en agua liquida con endulzante	Fruta verde o pintona	sorbete de mango pinton sin azucar	Fruta picada verdes o pintonas	yogur light	Gelatina Light
		ALMUERZO						
SOPA	100 ml	De guineo	Lentejas	Crema de espinaca	de papa	Frijoles	De tortilla	Verduras
PROTEICO	80 gr	Pollo con verduras	Cerdo en trozos guisado	Pollo desmechado	Arroz mixto: Verduras, cerdo en trozos.	Carne Molida	Cerdo asado	Pollo guisado
ARROZ	80 gr	Blanco	Blanco	con zanahoria		Blanco	Con cabello de angel	con espinaca
ENERGÉTICO	40 gr	Puré de papa criolla	Yuca cocida con hogao	Papa cocida	Patacón	Tajada de platano maduro	pure de papa con aliños	Pastas
ENSALADA	80 gr	Zanahoria rallada con tomate picado	Lechuga y mango	Lechuga, zanahoria, cilantro	***	Rodajas de tomate	***	Zanahoria rallada con tomate picado
BEBIDA	200 ml	Jugo de Fruta sin azúcar	Jugo de Fruta sin azúcar	Jugo de Fruta sin azúcar	Jugo de Fruta sin azúcar	Jugo de Fruta sin azúcar	Jugo de Fruta sin azúcar	Jugo de Fruta sin azúcar
		REFRIGERIO DE LA TARDE						
BEBIDA	250 ml	vaso de leche liquida	Fruta verde o pintona	Aromaticas sin azucar	Gelatina light	jugo de fruta pintona sin azúcar	Fruta verde o pintona	vaso de leche liquida
		COMIDA / CENA						
PROTEINA	80gr	Huevos revueltos	Pollo guisado	Huevo con jamón	Huevo con aliños	pollo desmechado	Quesito	carne desmechada con aliños
ENERGÉTICO 1	80gr	Arepa tela	Arroz blanco	Arepa tela	Arroz	Pan tajado (sanduche)	Arepa de choclo	Arepa tela
BEBIDA	200 ml	Chocolate en leche liquida con endulzante	café con leche y endulzante	Chocolate en leche liquida con endulzante	café con leche y endulzante	Chocolate en agua liquida con endulzante	Aromatica sin azucar	café con leche y endulzante

Minuta realizada por la Nutricionista Natalia Marín Abril 2023 TP 1037546738

2. Todas las bebidas y preparaciones ofrecer sin azúcar
3. No ofrecer azúcar blanca, morena, panela, dulces, postres o tortas
4. Ofrecer solo frutas verdes o pintonas, evitar a repetición frutas dulces o maduras.

Powered by CamScan

Gmail

Secretaria de Salud SAn Roque <secretariasalud@sanroque-antioquia.gov.co>

Informe de visita y Certificado funcionamiento Hogar Buen Samaritano

2 mensajes

Secretaria Salud San Roque <secretariasalud@sanroque-antioquia.gov.co> 24 de abril de 2026 a las 11:20
Para: "adultomayor sanroque-antioquia.gov.co" <adultomayor@sanroque-antioquia.gov.co>, Felipe Alberto Rivillas Castaño <fundacionhbsamaritano826@gmail.com>, gestionsalud gestionsalud <gestionsalud@sanroque-antioquia.gov.co>

Cordial saludo,

Adjunto remito el informe correspondiente a la visita realizada por la gerontóloga Luisa Fernanda Correa. De manera respetuosa, se solicita verificar los ítems que no cumplen con los criterios establecidos, con el fin de implementar las acciones de mejora pertinentes dentro de los plazos definidos en el informe.

Agradecemos, asimismo, remitir las evidencias de las acciones correctivas adelantadas, conforme a lo solicitado.

Adicionalmente, se anexa el certificado de funcionamiento expedido por la Secretaría de Salud Municipal.

Quedamos atentos a cualquier inquietud y al envío de la información requerida.

Muchas gracias.

--

ALCALDIA DE SAN ROQUE
San Roque Enamora
Diana Cristina Giraldo
Secretaria de Salud
Tel: (604) 8656755 ext: 108 / 3127872336
secretariasalud@sanroque-antioquia.gov.co
www.sanroque-antioquia.gov.co

2 adjuntos

Informe de visita CPSAM Providencia.pdf
1677K

CERTIFICADO CPSAM PROVIDENCIA _20260424_0001.pdf
548K

Secretaria Salud San Roque <secretariasalud@sanroque-antioquia.gov.co> 1 de junio de 2026 a las 11:46
Para: Felipe Alberto Rivillas Castaño <fundacionhbsamaritano826@gmail.com>, "adultomayor sanroque-antioquia.gov.co" <adultomayor@sanroque-antioquia.gov.co>, gestionsalud gestionsalud <gestionsalud@sanroque-antioquia.gov.co>

Cordial saludo,

En atención al informe de visita de seguimiento realizado el día 21 de abril de 2026, y teniendo en cuenta los hallazgos identificados en los ítems que obtuvieron una calificación baja, de manera respetuosa se solicita remitir las evidencias documentales que soporten las acciones de mejora implementadas para subsanar las observaciones formuladas.

Es importante señalar que, de acuerdo con el plan de mejoramiento establecido, el plazo otorgado para la ejecución y cumplimiento de dichas acciones fue de treinta (30) días calendario, término que ya se encuentra vencido.

Por lo anterior, se solicita que el informe de avance, junto con los respectivos soportes y evidencias de cumplimiento, sea anexado a la cuenta de cobro correspondiente al mes de mayo de 2026, con el fin de verificar el cierre de los compromisos adquiridos y dar continuidad al proceso de seguimiento.

Agradecemos su atención y colaboración, y quedamos atentos a la información solicitada.

Muchas gracias.

[El texto citado está oculto]

--

ALCALDIA DE SAN ROQUE

San Roque Eramora

Diana Cristina Giraldo
Secretaria de Salud

Tel: (604) 8656755 ext: 108 / 3127872336
secretariasalud@sanroque-antioquia.gov.co
www.sanroque-antioquia.gov.co

2 adjuntos

Informe de visita CPSAM Providencia.pdf
1677K

CERTIFICADO CPSAM PROVIDENCIA _20260424_0001.pdf
548K

ACTA DE VISITA DOMICILIARIA
PROGRAMA GERONTOLÓGICO LOS AÑOS DORADOS – SAN ROQUE

FECHA DE VISITA	27 de marzo del 2026
LUGAR DE LA VISITA	Vereda Patio Bonito
OBJETIVO DE LA VISITA	Realizar valoración y seguimiento social al adulto mayor, con el propósito de identificar sus condiciones de vida, estado de salud, red de apoyo familiar y necesidades de cuidado, con el fin de determinar recomendaciones orientadas a la protección integral y mejoramiento de su calidad de vida.
NOMBRE DEL ADULTO MAYOR	Abraham Gómez
CEDULA	3.584.543
TELÉFONO	3015281826
RESPONSABLE DE LA VISITA	Luisa Fernanda Correa: Gerontóloga

ACTA DE VISITA DOMICILIARIA

En la vereda Patio Bonito, municipio de San Roque, a los 27 días del mes de marzo de 2026, se realizó visita domiciliaria a un adulto mayor, con el fin de verificar sus condiciones de salud, entorno familiar y situación social, dejando constancia de lo evidenciado durante el acompañamiento.

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

Durante la visita se evidenció que el adulto mayor reside solo en una vivienda ubicada en la vereda Patio Bonito. Según información suministrada por el núcleo familiar, el señor presenta principios de Alzheimer, situación que afecta progresivamente su memoria y orientación, Asimismo, se informa que actualmente recibe tratamiento médico con Quetiapina, medicamento formulado para el manejo de su condición de salud.

El adulto mayor cuenta con un hijo, quien manifiesta estar pendiente de él y brindarle apoyo constante; sin embargo, debido a sus responsabilidades laborales y familiares, no puede permanecer de manera continua en el cuidado directo del señor. El familiar refiere que en repetidas ocasiones han intentado que el adulto mayor resida con ellos para garantizar mayor acompañamiento y supervisión, pero este se niega de manera reiterativa a abandonar su vivienda.

De igual manera, se evidencia apoyo comunitario, toda vez que vecinos cercanos permanecen atentos al estado del adulto mayor y colaboran en la medida de sus posibilidades ante cualquier situación que se presente.

2. CONDICIONES DE SALUD Y RIESGO

Teniendo en cuenta la condición cognitiva del adulto mayor y el hecho de vivir solo, se identifican factores de riesgo relacionados con:

- Posibles episodios de desorientación.
- Riesgo de accidentes domésticos.
- Dificultad para el adecuado control de medicamentos.
- Posible descuido en alimentación e higiene personal.

Se considera que, debido al deterioro progresivo asociado a su condición de salud, el adulto mayor requiere supervisión permanente, acompañamiento integral y cuidados continuos que permitan garantizar su bienestar físico, emocional y social.

3. RECOMENDACIONES

Luego de realizada la visita y valoración social, se considera pertinente recomendar proceso de institucionalización en un Centro de Protección Social al Adulto Mayor (CPSAM), toda vez que este entorno podría brindarle:

- Atención y supervisión permanente.
- Acompañamiento profesional e interdisciplinario.
- Control adecuado del tratamiento médico.
- Mejoramiento en sus condiciones de alimentación, cuidado personal y seguridad.
- Espacios de integración social y atención integral acordes a sus necesidades.

El hijo del adulto mayor manifiesta su compromiso de continuar pendiente del señor, realizar acompañamiento constante y mantener el vínculo familiar en caso de llevarse a cabo el proceso de institucionalización.

- **FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VISTA:** Luisa Fernanda Correa

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.584.543

GOMEZ

APELLIDOS

ABRAHAM

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1945

SAN RAFAEL
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

28-OCT-1968 SAN ROQUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0124100-00200689-M-0003584543-20091128 0018455396A 1 29406661

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 12/05/2026

Ficha: 05670024485800000092

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ABRAHAM

Apellidos: GOMEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3584543

Municipio: San Roque

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 31/10/2018

Última actualización ciudadano: 31/10/2018

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: KARLA YULIANA GALVIS MARIN

Dirección: Carrera 20 No 20 - 59

Teléfono: 8656072

Correo Electrónico: sisben@sanroque-antioquia.gov.co

ACTA DE ENTREVISTA
PRGRAMA GERONTOLOGICO LOS AÑOS DORADOS – SAN ROQUE

FECHA DE VISITA	**04 DE MAYO DE 2026**
LUGAR DE LA ENTREVISITA	**CENTRO DÍA – LOS AÑOS DORADOS**
NOMBRE DEL ENTEVISTADO	**ALVARO DE JESUS CALDERON CALDERON**
CEDULA	**71.186.686**
TELEFONO	**No tiene**
RESPONSABLE DE LA ENTREVISITA	**LUISA FERNANDA CORREA CORREA**
PROFESIÓN O CARGO	**GERONTÓLOGA**

ACTA DE ENTREVISTA

En el municipio de San Roque, a los 04 días del mes de Mayo de 2026, se realiza entrevista al señor Álvaro de Jesus Calderon Calderon, adulto mayor, en el centro día, con el fin de conocer su situación personal y condiciones de vida. Durante la entrevista, el señor Álvaro manifiesta que actualmente reside en condiciones precarias, habitando en unas pesebreras ubicadas en cercanías al coliseo municipal, lugar que no cuenta con condiciones mínimas de salubridad, seguridad y dignidad humana.

Se deja constancia que, previo a la presente entrevista, se realizaron diferentes intentos de ubicación del adulto mayor en varios sectores del municipio; sin embargo, no fue posible establecer contacto oportuno en varias ocasiones, debido a que el señor Álvaro permanece en constante desplazamiento, sin un lugar fijo de residencia, lo cual ha dificultado el seguimiento institucional de su caso.Refiere que su núcleo familiar es disfuncional y que no cuenta con el apoyo de sus familiares, indicando que desde temprana edad ha vivido en condición de abandono y soleda.

El adulto mayor expresa que, debido a su situación actual, ha desarrollado hábitos inadecuados como el consumo de alcohol, reconociendo la necesidad de recibir apoyo institucional para mejorar su estilo de vida. En este sentido, manifiesta de manera voluntaria su interés en ingresar nuevamente a un Centro de Protección Social al Adulto Mayor (CPSAM), con el propósito de rehabilitarse, alejarse del consumo de alcohol, contar con una vivienda digna, acceso a alimentación adecuada y mejorar sus condiciones generales de vida.

Así mismo, el señor Álvaro se compromete a cumplir con las normas establecidas dentro de la institución, mantener buen comportamiento, acatar las orientaciones del personal profesional y permanecer de manera continua en el programa, demostrando disposición para su proceso de adaptación y mejoramiento personal. Adicionalmente, manifiesta que actualmente su alimentación depende de la solidaridad de la comunidad, indicando que en ocasiones recibe alimentos en algunas viviendas y restaurantes del sector, lo cual evidencia su alto grado de vulnerabilidad.

La presente entrevista se realiza dejando constancia de la información suministrada de manera libre y voluntaria por el adulto mayor.

CONCLUSIONES

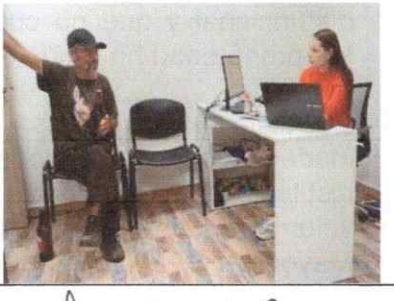
De acuerdo con la información recolectada durante la entrevista, se concluye que el señor Álvaro de Jesus Calderon Calderon se encuentra en condición de alta vulnerabilidad social, evidenciada por la situación de habitabilidad en condiciones inadecuadas, inseguridad alimentaria y presencia de consumo de alcohol.

El adulto mayor manifiesta de manera clara y voluntaria su interés en acceder nuevamente a un proceso de institucionalización, mostrando disposición para el cambio y compromiso frente al cumplimiento de normas, lo cual representa un factor positivo para su proceso de recuperación y restablecimiento de derechos.

Por lo anterior, se adelantarán los trámites correspondientes ante la Secretaría de Salud Municipal para gestionar su proceso de reingreso e institucionalización, garantizando el debido proceso y la atención integral requerida.

Se anexan registros fotográficos como soporte de la situación evidenciada.





- **FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA** Luisa Fernanda Correa

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	71186686
NOMBRES	ALVARO DE JESUS
APELLIDOS	CALDERON CALDERON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	SAN ROQUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. "SAVIA SALUD EPS"	SUBSIDIADO	02/08/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/12/2026 09:44:22	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de**

Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

Fecha de consulta: 12/05/2026

Ficha: 05670018483600002442

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALVARO DE JESUS

Apellidos: CALDERON CALDERON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 71186686

Municipio: San Roque

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/12/2019

Última actualización ciudadano: 20/12/2019

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: KARLA YULIANA GALVIS MARIN

Dirección: Carrera 20 No 20 - 59

Teléfono: 8656072

Correo Electrónico: sisben@sanroque-antioquia.gov.co

ALCALDIA DE SAN ROQUE	Documento	Comunicados Oficiales	Código	F-GCT-CO-02
	Proceso	Comunicaciones-TICS	Versión	02
	procedimiento	Expedición de comunicados	Fecha	Marzo de 2025
	Estado	Controlado	Pagina	1 de 1

San Roque, 19 de febrero de 2026

Doctora
DIANA CRISTINA GIRALDO MARÍN
Secretaría de Salud

Asunto: Solicitud de cupo para ingreso a CPSAM – Adulto Mayor ÁLVARO DE JUSUS CALDERON CALDERON.

Cordial saludo,

Por medio de la presente, me permito solicitar muy respetuosamente a la Secretaría de Salud Municipal el otorgamiento de un cupo para el ingreso al Centro de Protección Social al Adulto Mayor (CPSAM) del señor ÁLVARO DE JESÚS CALDERÓN CALDERÓN identificado con documento de identidad No. 71.186.668

Lo anterior, teniendo en cuenta que el adulto mayor se encuentra en condición de alta vulnerabilidad social, evidenciada por las condiciones inadecuadas de habitabilidad (reside actualmente en pesebreras cercanas al coliseo municipal), inseguridad alimentaria y consumo de alcohol, lo cual afecta de manera significativa su salud física y mental.

Durante la valoración realizada, el señor Álvaro manifestó de manera voluntaria su interés en ser institucionalizado nuevamente, con el fin de mejorar su calidad de vida, acceder a una vivienda digna, alimentación adecuada y acompañamiento integral, comprometiéndose a cumplir con las normas establecidas dentro de la institución. Es importante mencionar que se han realizado diferentes intentos de ubicación del adulto mayor, evidenciando que permanece en constante desplazamiento, sin un lugar fijo de residencia, lo que incrementa su condición de riesgo.

En este sentido, se considera prioritario su ingreso al CPSAM como medida de protección y garantía de sus derechos, razón por la cual se solicita muy respetuosamente adelantar los trámites necesarios para su vinculación al programa.

Se anexa acta de entrevista, registro fotográfico y demás soportes del caso.

Cordialmente,

Luisa Fernanda Correa

LUISA FERNANDA CORREA
Gerontóloga

NOMBRE	CEDULA	OBSERVACIONES
CARMEN ROSA AGUDELO	22031579	
JHON JAIRO RIOS RIOS	3585745	12/05/2026 FALLECIDO
JESUS ANIBAL LRESTREPO	3588285	20/5/2026 FALECIDO
LUIS GUILLEROMO MUNERA	70601078	
ABRAHAM GOMEZ	3584543	20/05/2026 INGRESO NUEVO
ALVARO DE JESUS CALDERO	71186686	5/05/2026 INGRESO NUEVO

GUÍA DE VISITA PARA LA CARACTERIZACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR-CPSAM EN EL MUNICIPIO DE SAN ROQUE

SEGÚN LO ESTABLECIDO EN: la Ley 9 de 1979 Código Sanitario Nacional, Decreto 3075 de 1997 que reglamenta la prestación de servicios de alimentación, la Resolución 8333 del 21 de octubre de 2004 y las Resoluciones aclaratorias 9897 del 02 de diciembre de 2004 y 10717 del 14 de diciembre de 2004 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, por medio de la cual se establece el reglamento para el funcionamiento de las Instituciones de Atención al Adulto Mayor y Anciano en el Departamento de Antioquia, la Ley 1251 del 27 de noviembre del 2008 , por medio de la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los Adulto Mayores, Título III- Requisitos para el funcionamiento de Instituciones prestadoras de servicios de atención y protección integral al Adulto Mayor y la Ley 1315 del 13 de julio de 2009, por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los Adultos Mayores en los Centros de Protección, Centros de Día e Instituciones de Atención.

FECHA DE LA VISITA ACTUAL: Día 21 Mes 04 Año 2026
FECHA DE LA VISITA ANTERIOR: Día 22 Mes 02 Año 2024
FECHA DE VISITAS REALIZADAS POR OTRAS ENTIDADES DE CONTROL: 11 DE JUNIO DEL 2024 por la Gobernación de Antioquia
FECHA DE VISITA DEL TÉCNICO DE SALUD: Día 04 Mes 04 Año 2024.

OBJETIVO DE LA VISITA: Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente para el funcionamiento de los Centros de Protección Social Para el Adulto Mayor- HOGAR BUEN SAMARITANO – CORREGIMIENTO DE PROVIDENCIA.

1. CRITERIOS DE VALORACIÓN

CONVENCION	Cumple (C)	Cumple Parcialmente (CP)	No Cumple (NC)	No se Observa (NO)	No Aplica (NA)
PUNTUACIÓN	Dos (2)	Uno (1)	Cero (0)	Cero (0)	Cero (0)

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO

Nombre del Centro: **HOGAR BUEN SAMARITANO** Municipio: **SAN ROQUE**

Corregimiento: **PROVIDENCIA** Teléfono: **3217287142**

Número de Identificación Tributaria-NIT: **900361841-0**

Nombre del Representante legal: **FELIPE ALBERTO RIVILLAS CASTAÑO** Documento de Identidad: **16.076.681**

Nombre del director técnico: **JOSÉ ORLANDO ARIAS** Profesión: **NO** Celular: **3146767286.**

Dirección electrónica: fundacionh.b.samaritano@gmail.co Página web: **NO**

Carácter: Público: ____ Privado: **X** Mixto: ____

3. CARACTERÍSTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LA INSTITUCIÓN

Capacidad de la Institución: 18 **Población atendida:** **Hombres** 11 **Mujeres** 2

Clasificación de la población			Población especial	SEXO		Afiliación según régimen de Seguridad Social		Valoración de la Discapacidad	Cant.
Rangos de Edad	SEXO			M	F			Ceguera	1
	M	F	Indígenas	0	0	Contributivo	0	Mudez	1
< 59	1	0	Afrodescendientes	0	0	Subsidiado	13	Sordera	1
60-64	1	0	Desplazados	0	0	Especial	0	Retardo Mental	0
65-69	1	0	Discapacitados	1	0	Sin afiliación	0	Demencia	5
70-74	2	0	Reclusos	0	0	Medicina Prepagada	0	Discapacidad Motriz	1
75-79	2	0	LGTBI	0	0	Otro tipo Discapacidad:			0
80-84	2	1	ROM	0	0	**Utiliza ayudas para la locomoción, prótesis, ortesis**			**Cant.**
85-89	2	1	Mujeres víctimas de violencia	4	1	Caminador	0	Audífonos	0
90 y más	1	0	**Funcionalidad física (Geriatría)**			Bastón	2	Gafas	2
TOTAL	11	2	Independiente	5		Silla de ruedas	1	Ninguna	
			Dependiente parcial	8		Muletas	0		
			Dependiente total	0		**Otros:**			

N°	CAUSAS DE MORBILIDAD	M	F	N°	CAUSAS DE MORTALIDAD	M	F
1	INFECCION URINARIA			1	PREINFARTOS		
2	HTA			2			
3	NEUMONIA			3			
4				4			
5				5			
6				6			

4. REQUISITOS ESTABLECIDOS PARA SOLICITAR A LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL LA AUTORIZACIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO E INSTALACIÓN DE LOS CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR-CPSAM

Según lo establecido en el artículo 4° de la Ley 1315 de 2009: *De la solicitud para la instalación y funcionamiento de los centros de protección social y de día.* El representante legal de las instituciones reguladas mediante esta ley, solicitará ante la Secretaría de Salud correspondiente sea esta Departamental, Distrital o Municipal la autorización para su funcionamiento e instalación, adjuntando además de los requisitos establecidos en la ley especial para adulto mayor los siguientes:

Requisitos establecidos para solicitar la autorización para la instalación y funcionamiento de los CPSAM	Puntaje	Observaciones o requerimientos
4.1 La Institución cuenta con nombre, dirección, teléfonos y correo electrónico.	2	La institución cumple con los requisitos establecidos en cuanto a identificación general, contando con nombre, dirección, números de contacto y correo electrónico activo. Esta información se encuentra debidamente registrada y disponible para consulta. Nombre: Hogar Buen Samaritano Dirección: corregimiento de providencia. Teléfono: 3217287142 – 3146767286. Correo electrónico fundacionh.b.samaritano@gmail.co
4.2 Individualización, (C.C., RUT, NIT), y domicilio del titular y representante legal.	2	El Hogar Buen Samaritano cuenta con la documentación correspondiente a su individualización, incluyendo RUT y número de NIT 900361841-0. Asimismo, dispone de un representante legal debidamente identificado. La información se encuentra acorde a lo solicitado.
4.3 Cuenta con los documentos que acrediten el dominio del inmueble o de los derechos para ser utilizados por parte del establecimiento a través de su representante legal.	2	La institución dispone de documentos que acreditan la posesión y titularidad del inmueble donde opera el hogar. Dichos soportes se encuentran bajo custodia del representante legal, garantizando la legalidad del uso del espacio.
4.4 La Institución cuenta con plano o croquis a escala de todas las dependencias, indicando distribución de las camas y dormitorios.	0	La institución no cuenta con plano ni croquis a escala que permita identificar la distribución de las dependencias, camas y dormitorios. Este aspecto es fundamental para la organización del espacio y la seguridad de los residentes.

4.5 Acredita que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios, condiciones sanitarias y ambientales básicas que establece la ley 9 de 1979 y demás disposiciones relacionadas con la materia.	2	El establecimiento cuenta con elementos básicos de seguridad como extintores, botiquín de primeros auxilios y señalización de rutas de evacuación. los extintores presentan fecha de vencimiento de enero del 2027.
4.6 La institución cuenta con la certificación de las condiciones eléctricas y de gas, emitida por un instalador autorizado.	0	La institución no cuenta con certificación vigente de las condiciones eléctricas y de gas emitida por un instalador autorizado. Este requisito es fundamental para garantizar la seguridad de los residentes y del personal.
4.7 Identificación del Director técnico responsable con copia de su certificado de título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el establecimiento.	1	El director del establecimiento reside en el lugar; sin embargo, no cuenta con título profesional ni con carta de aceptación formal del cargo. Tampoco se evidencia un horario definido de permanencia en el establecimiento.
4.8 Cuenta con la planta del personal con que funciona el establecimiento, con su respectivo sistema de turnos y la nómina del personal que allí labora. (Debe actualizarse la información cuando se produzcan cambios en este aspecto).	1	El centro cuenta con personal básico para su funcionamiento, incluyendo enfermera, director, personal de cocina y servicios generales. Se evidencia la existencia de nómina del personal vinculado. No obstante, se recomienda fortalecer la organización de turnos, para acompañamiento de enfermería en la noche.
4.9 Cuenta con el Reglamento interno del establecimiento, debe incluir un formulario de los contratos que celebra el establecimiento con los residentes o sus representantes; en el que se estipulen los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente.	2	La institución dispone de reglamento interno que regula la convivencia dentro del establecimiento. Este incluye derechos, deberes y causales de exclusión tanto para residentes como para sus representantes.
4.10 Cuenta con el Plan de evacuación ante emergencias.	1	Durante la visita se evidencian rutas de evacuación señalizadas dentro del establecimiento. Sin embargo, no se evidencia un plan de emergencias estructurado y documentado.
4.11 Cuenta con el libro foliado de usos de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por la autoridad sanitaria.	2	El establecimiento maneja registros tipo bitácora donde se informa de las actividades más relevantes de los adultos mayores. Asimismo, cuenta con buzón de sugerencias y reclamos.

4.12 Concepto emitido en la última visita realizada por los funcionarios de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia-Programa Antioquia Mayor.	2	Se evidencia que la institución cuenta con concepto emitido en la última visita realizada el 11 de junio de 2024 por la autoridad competente. Dicho documento se encuentra archivado y disponible para verificación. Esto demuestra seguimiento institucional y control por parte de entidades de salud.
Total, Ítems evaluados: 12	**Puntaje Total: 17**	

5. CONCEPTO EMITIDO EN LA ÚLTMA VISITA REALIZADA POR LA AUTORIDAD SANITARIA DEL MUNICIPIO EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 9 DE 1979

5.1 CONCEPTO

FECHA DE LA VISITA: Dia 21 Mes ABRIL Año 2026

Favorable: _____ Favorable Condicionado: X Desfavorable: _____

5.2 EXIGENCIAS:

- **Ítem 4.4 – Plano o croquis**
  Se requiere que la institución elabore y presente un plano o croquis a escala del establecimiento, donde se evidencie la distribución de todas las dependencias, incluyendo ubicación de camas y dormitorios. Este documento debe ser claro y actualizado.
  Plazo sugerido: 30 dias calendario
- **Ítem 4.6 – Certificación eléctrica y de gas**
  Se requiere gestionar y presentar la certificación vigente de las instalaciones eléctricas y de gas, expedida por un técnico o entidad autorizada.

Plazo sugerido: 30 días calendario.

- **Ítem 4.7 – director técnico**
  Se exige formalizar la designación del director mediante carta de aceptación del cargo, así como acreditar su idoneidad (formación o experiencia). Igualmente, se debe establecer un horario definido de permanencia.
  Plazo sugerido: 30 días calendario.

- **Ítem 4.10 – Plan de emergencias**
  Se exige la elaboración, implementación y socialización de un plan de emergencias estructurado, que incluya protocolos de evacuación, rutas, responsables y acciones ante riesgos.
  Plazo sugerido: 30 días calendario.

6. CONCEPTO EMITIDO SEGÚN VISITA REALIZADA POR FUNCIONARIOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL

CONCEPTO		
Favorable _____	**Favorable Condicionado X**	**Desfavorable _____**
Rango de puntaje 24-18 100%-75%	Rango de puntaje 17-13 74%-56%	Rango de Puntaje 12-0 55%-0%
Cumple las condiciones establecidas en la normatividad vigente.	Al cumplimiento de los requerimientos, exigencias y compromisos. Amonestación verbal (Artículo 15 de la Ley 1315 de 2009)	No cumple con los requisitos mínimos, se procede a aplicar medidas (Ley 9 de 1979, ley 1315 de 2009). Requiere acciones inmediatas.

CONCEPTO GERONTOLÓGICO

De acuerdo con la visita de verificación realizada al Hogar Buen Samaritano, y teniendo en cuenta los criterios establecidos para el funcionamiento de los Centros de Protección Social al Adulto Mayor (CPSAM), se emite el siguiente concepto:

Desde el enfoque gerontológico, la institución evidencia un cumplimiento parcial de los requisitos necesarios para garantizar una atención integral, digna y segura a las personas adultas mayores. Se destacan aspectos positivos como la existencia de reglamento interno, el registro de actividades de los usuarios y la disponibilidad de personal básico para la atención, lo cual contribuye al bienestar y organización del servicio.

No obstante, se identifican debilidades que pueden afectar la calidad de vida y seguridad de los residentes, tales como la ausencia de plano o croquis del establecimiento, la falta de certificaciones técnicas (eléctricas y de gas), la inexistencia de un plan de emergencias debidamente estructurado y la insuficiente formalización del talento humano, especialmente en lo relacionado con la dirección técnica.

En este sentido, se considera que el establecimiento requiere implementar acciones de mejora orientadas al cumplimiento de la normatividad vigente, fortaleciendo las condiciones locativas, administrativas y de seguridad, con el fin de garantizar una atención integral bajo los principios de protección, dignidad y cuidado adecuado de la población adulta mayor.

De igual manera, se recomienda fortalecer el talento humano, asegurando la disponibilidad de personal de enfermería durante la jornada nocturna, con el propósito de garantizar un acompañamiento permanente y una atención oportuna ante cualquier eventualidad de los residentes.

Concepto: Favorable Condicionado

7. PLAZO

De conformidad con lo establecido en las normas descritas y su reglamentación para el cumplimiento de los anteriores requerimientos, se concede un plazo de 30 días. En caso de incumplimiento se procederá a aplicar las medidas previstas en la legislación vigente.

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido del presente documento, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita el día 21 del mes abril del año 2026, en el municipio de San Roque.

PROFESIONAL QUE REALIZA LA VISITA

FIRMA: Luisa Fernanda Correa

NOMBRE: LUISA FERNANDA CORREA

RESOLUCIÓN: 05-1181-17

CARGO: GERONTOLOGA

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

CEDULA: _____

CARGO: _____

PERSONAL QUE RECIBE LA VISITA

FIRMA: _____

NOMBRE: FELIPE ALBERTO RIVILLAS CASTAÑO

CEDULA: 16.076.681

CARGO: REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

CÉDULA: _____

CARGO: _____

Gmail

Secretaria de Salud SAn Roque <secretariasalud@sanroque-antioquia.gov.co>

Informe de visita y Certificado funcionamiento Hogar Buen Samaritano

3 mensajes

Secretaria Salud San Roque <secretariasalud@sanroque-antioquia.gov.co> 24 de abril de 2026 a las 11:20
Para: "adultomayor sanroque-antioquia.gov.co" <adultomayor@sanroque-antioquia.gov.co>, Felipe Alberto Rivillas Castaño <fundacionhbsamaritano826@gmail.com>, gestionsalud gestionsalud <gestionsalud@sanroque-antioquia.gov.co>

Cordial saludo,

Adjunto remito el informe correspondiente a la visita realizada por la gerontóloga Luisa Fernanda Correa. De manera respetuosa, se solicita verificar los ítems que no cumplen con los criterios establecidos, con el fin de implementar las acciones de mejora pertinentes dentro de los plazos definidos en el informe.

Agradecemos, asimismo, remitir las evidencias de las acciones correctivas adelantadas, conforme a lo solicitado.

Adicionalmente, se anexa el certificado de funcionamiento expedido por la Secretaría de Salud Municipal.

Quedamos atentos a cualquier inquietud y al envío de la información requerida.

Muchas gracias.

--

ALCALDIA DE SAN ROQUE
San Roque Enamora
Diana Cristina Giraldo
Secretaria de Salud
Tel: (604) 8656755 ext: 108 / 3127872336
secretariasalud@sanroque-antioquia.gov.co
www.sanroque-antioquia.gov.co

2 adjuntos

Informe de visita CPSAM Providencia.pdf
1677K

CERTIFICADO CPSAM PROVIDENCIA _20260424_0001.pdf
548K

Secretaria Salud San Roque <secretariasalud@sanroque-antioquia.gov.co> 1 de junio de 2026 a las 11:46
Para: Felipe Alberto Rivillas Castaño <fundacionhbsamaritano826@gmail.com>, "adultomayor sanroque-antioquia.gov.co" <adultomayor@sanroque-antioquia.gov.co>, gestionsalud gestionsalud <gestionsalud@sanroque-antioquia.gov.co>

Cordial saludo,

En atención al informe de visita de seguimiento realizado el día 21 de abril de 2026, y teniendo en cuenta los hallazgos identificados en los ítems que obtuvieron una calificación baja, de manera respetuosa se solicita remitir las evidencias documentales que soporten las acciones de mejora implementadas para subsanar las observaciones formuladas.

Es importante señalar que, de acuerdo con el plan de mejoramiento establecido, el plazo otorgado para la ejecución y cumplimiento de dichas acciones fue de treinta (30) días calendario, término que ya se encuentra vencido.

Por lo anterior, se solicita que el informe de avance, junto con los respectivos soportes y evidencias de cumplimiento, sea anexado a la cuenta de cobro correspondiente al mes de mayo de 2026, con el fin de verificar el cierre de los compromisos adquiridos y dar continuidad al proceso de seguimiento.

Agradecemos su atención y colaboración, y quedamos atentos a la información solicitada.

Muchas gracias.

[El texto citado está oculto]

--

ALCALDIA DE SAN ROQUE
San Roque Eramora
Diana Cristina Giraldo
Secretaria de Salud
Tel: (604) 8656755 ext: 108 / 3127872336
secretariasalud@sanroque-antioquia.gov.co
www.sanroque-antioquia.gov.co

2 adjuntos

Informe de visita CPSAM Providencia.pdf
1677K

CERTIFICADO CPSAM PROVIDENCIA _20260424_0001.pdf
548K

Felipe Alberto Rivillas Castaño <fundacionhbsamaritano826@gmail.com> 2 de junio de 2026 a las 10:22
Para: Secretaria Salud San Roque <secretariasalud@sanroque-antioquia.gov.co>

Buenos días
Con la presente doy respuesta a los requierimientos que se me hacen
1. Ya se tiene la cotización del levantamiento de planos a escala de la Fundación Hogar El Buen Samaritano(Providencia).
2. Cotización y compra de la señalización de los parámetros de toda la infraestructura.
Al 01 de julio de 2026 esteremos dando solución total.
Saluudos.

[El texto citado está oculto]

Barbosa, 02/06/26

Fundación Hogar El Buen Samaritano
Nit.900361841
Vivienda , Providencia.

Cotización prestación de servicios profesionales

Atendiendo su cordial invitación, le presento a continuación la propuesta económica de levantamiento planimétrico de la actual construcción que se implementa para la vivienda de adultos mayores en el corregimiento de Providencia.

ACTIVIDAD	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Levantamiento manual	1	$2'000.000
Planimetría técnica	1	$2'500.000
		$4'500.000.

Valor en letras

CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M.L

FORMAS DE PAGO

Dicho costo podrá ser financiado de la siguiente manera:

✓ Un primer pago como ANTICIPO, del 50%, que corresponde a dos millones doscientos cincuenta mil pesos m/l, ($ 2'250.000).

✓ Un segundo pago del 50%, al entregar los productos pactados que corresponde a dos millones doscientos cincuenta mil pesos m/l, ($ 2'250.000).

VALIDEZ DE LA PROPUESTA 10 días calendario.

Cordialmente;

SAMUEL ZAPATA SEPULVEDA
Arquitecto
Celular: 3234472458

LA SECRETARIA SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE - ANTIOQUIA

CERTIFICA:

QUE DE ACUERDO A LAS EVIDENCIAS PRESENTADAS por el señor. Felipe Alberto Rivillas Castaño identificado con CC: N°, CC: 16.076.681 Representante legal del FUNDACIÓN HOGAR EL BUEN SAMARITANO NIT. 900361841-0 en cumplimiento del **CONVENIO DE ASOCIACIÓN NRO.** CVA 003-2025, cuyo objeto es: AUNAR ESFUERZOS FINANCIEROS PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE ABANDONO, INDIGENCIA O VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE, BRINDÁNDOLES HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN, ACTIVIDADES LÚDICAS, PRODUCTIVAS, CULTURALES Y CUIDADO INTEGRAL EN LA FUNDACION HOGAR EL BUEN SAMARITANO. durante el periodo: De 01 de mayo a 31 de mayo de 2026 Por valor de: **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CINCUENTA Y CUATRO PESOS $ 4.892.054**

CUMPLIÓ:

Calidad de las especificaciones del bien o servicio
Cumplimiento de la entrega
Atención y cumplimiento a los requerimientos entregados al contratista

Dada a los 31 días del mes de mayo de 2026.

Diana Cristina Giraldo
Secretaria salud
Supervisor (a)

INFORME DE SUPERVISIÓN Nro.	05	CONTRATO No.	CVA 003-2025
INFORMACION BASICA			
CONTRATISTA	**FUNDACIÓN HOGAR EL BUEN SAMARITANO NIT. 900361841-0**		
INTERVENTOR	NA		
SUPERVISOR	DIANA CRISTINA GIRALDO		

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	**CONVENIO DE ASOCIACIÓN CVA 003-2025**
OBJETO:	AUNAR ESFUERZOS FINANCIEROS PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE ABANDONO, INDIGENCIA O VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE, BRINDÁNDOLES HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN, ACTIVIDADES LÚDICAS, PRODUCTIVAS, CULTURALES Y CUIDADO INTEGRAL EN LA FUNDACION HOGAR EL BUEN SAMARITANO.
VALOR DEL CONVENIO	$ 74.880.000) SETENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS
ESFUERZO DEL MUNICIPIO	$ 57.600.000) CINCUENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS
ESFUERZO DEL CONVENIENTE	($ 17.280.000) DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS, consistente en dotación espacios físicos, técnicos, humanos (pago de servicios públicos administradora y seguridad social de empleadas).
FORMA DE PAGO:	Los recursos que serán girados CUPO PERSONA, mes vencido una vez el supervisor del convenio, realice la correspondiente revisión de la existencia de condiciones dignas para la población adulta mayor y certifique vía planilla a la existencia de los adultos mayores internados en dicho C.B.A., para el pago se deberá allegar certificación de pago de la seguridad social integral en salud, pensión y riesgos profesionales y la última cuota estará supeditada a la liquidación del convenio.
VALOR ADICIONAL:	$ 0
VALOR ACTUALIZADO:	$ 0
FECHA DE INICIACIÓN:	01 de enero del 2026
FECHA DE TERMINACION	31 de diciembre de 2026.
RUBRO	2.3.2.02.02.009
TIEMPO	365 días

REPORTE SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Alcance (actividades realizadas)	Ejecución	Observaciones
1. **Atención Integral:** Brindar atención integral a los adultos mayores institucionalizados, asegurando una alimentación balanceada de acuerdo a las necesidades nutricionales establecidas por un nutricionista, con variación de menús cada cuatro meses.	CUMPLE	Anexa registro fotográfico
2. **Personal Calificado:** Garantizar la atención por parte de personal idóneo, que incluya manipuladores de alimentos y auxiliares de enfermería, para asegurar el cuidado y bienestar de los adultos mayores.	CUMPLE	En el contrato reposan los certificados de formación de las enfermeras y manipuladoras de alimentos
3. **Pago de Servicios Domiciliarios:** Asegurar el pago oportuno de los servicios públicos domiciliarios del hogar donde habitan los adultos.	CUMPLE	Se anexan las facturas canceladas en forma física en el informe
4. **Capacidad del Centro:** Mantener la capacidad operativa del hogar donde habitan los adultos para albergar el número de usuarios de manera adecuada.	CUMPLE	Anexa registro fotográfico, base de datos de adultos que hacen parte del convenio
5. **Mejora de Condiciones de Vida:** Implementar estrategias y gestiones con profesionales para mejorar el estado nutricional, físico y mental de los adultos mayores.	CUMPLE	Anexa registro fotográfico
6. **Servicio Permanente:** Garantizar la prestación de servicios de protección y cuidados básicos de forma continua, los siete días de la semana.	CUMPLE	Anexa registro fotográfico
7. **Gastos Exequiales:** Cubrir los gastos exequiales de los adultos institucionalizados subsidiados por el municipio	CUMPLE	Los certificados de afiliación a funeraria se encuentran en el CBA y certificados de defunción
8. **Informe Mensual de Actividades:** Presentar informes mensuales detallados de todas las actividades realizadas, incluyendo el cumplimiento del cronograma, mejoras implementadas, labores realizadas con los adultos mayores y entrega de	CUMPLE	Se anexa informe de actividades y actas de visita del personal de la secretaria de salud

implementos personales.		
9. **Atención Médica Integral:** Coordinar intervenciones médicas necesarias, suministrar medicamentos según prescripción médica y realizar acompañamiento en caso de remisión a instituciones de salud externas.	CUMPLE	El CBA tiene en su archivo las fichas medicas de cada adulto
10. **Servicios Básicos Garantizados:** Asegurar la prestación de servicios básicos como alojamiento, alimentación, lavandería, recreación, apoyo espiritual, dotación personal y transporte para traslados a instituciones de salud.	CUMPLE	Se anexa registro fotográfico
11. Actividades Recreativas y Culturales: Organizar actividades para el aprovechamiento del tiempo libre, recreación, educación, deporte, cultura y celebración de fechas especiales, promoviendo el bienestar emocional y social de los adultos mayores involucrando las familias y cuidadores.	CUMPLE	Se anexa registro fotográfico
12. **Respuesta Inmediata a Solicitudes:** Atender de manera inmediata cualquier aclaración, solicitud o soporte exigido por la Alcaldía Municipal o la Secretaría de Salud relacionada con la ejecución del contrato	CUMPLE	Se anexa informe de todas las actividades en la cuenta de cobro.
13 **Apoyo en Proyectos de Mejora:** Colaborar con la Secretaría de Salud en la gestión, presentación y ejecución de proyectos orientados a mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor, conforme al Plan de Desarrollo Municipal.	CUMPLE	Se anexa fotografías de actividades realizadas
Calidad de las especificaciones del bien o servicio: Las actividades o especificaciones contempladas en el contrato objeto de supervisión vienen siendo realizadas con la calidad en las especificaciones, técnicas requeridas y exigencias acordadas tanto por el contratista como por la entidad contratante.	CUMPLE	Se anexa informe de actividades
Cumplimiento de la entrega: hasta el momento se ha cumplido con las actividades contempladas en el contrato en el periodo comprendido entre el 01 de	CUMPLE	Se anexa certificado

mayo 01 a 31 de mayo de **2026.**		

INFORMACION PRESENTADA

- Informe de Actividades.
- Planillas Pago de Seguridad social del periodo correspondiente
- Cuenta de cobro.

REPORTE DE PAGOS A SALUD, PENSIÓN Y APORTES PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE ESTE ÚLTIMO)

Corresponde a la entidad pública en su calidad de contratante verificar el pago de los aportes a seguridad social del contratista, tal como lo indica el Artículo 50 de la Ley 789 del 2002 que en su texto establece que "las Entidades públicas en el momento de liquidar los contratos deberán verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas."

El Art. 10 de la Ley 1122 de 2007 facultó al Gobierno Nacional para establecer el sistema de presunción de ingresos aplicable a los trabajadores independientes y el Art. 18 de la misma ley estableció un tope máximo de cotización para los contratistas de prestación de servicios y eliminó la referencia al "valor bruto" de los ingresos mensuales que tenía el Art. 23 del Decreto Reglamentario1703 de 2002 y al que había hecho referencia el Ministerio de la Protección Social en su Circular No. 0001 de 2004.

Respecto de la interpretación del Art.18 de la Ley 1122 de 2007, la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado señaló: "Esto significa que el 40% del valor mensualizado del contrato de prestación de servicios que celebre un contratista de prestación de servicios es el límite legal máximo para calcular el ingreso base de cotización para este tipo de trabajadores independientes. Este porcentaje máximo corresponde al ingreso que percibe el contratista de prestación de servicios por su actividad.

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
Entidad donde realiza el pago			ASOPAGOS S. A		
No. Planilla	85083511	**Periodo - Salud**	Mayo / 2026	**Periodo - Pensión**	Abril /2026
CONCEPTO	**SALUD**	**PENSION**	**ARL**	**CCF**	**PARAFISCALES**
VALOR	$ 896.500	$ 3.023.300	$ 117.600	$ 896.500	$ 0
FECHA DE PAGO	20/05/2026	20/05/2026	20/05/2026	20/05/2026	
PAGADA	SI	SI	SI	**VALOR TOTAL APORTE**	**$ 4.962.900**

OBSERVACIONES AL PERIODO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL QUE ES OBJETO DE SUPERVISIÓN

Se anexa soporte de pago y soporte de planillas sobre el pago de la seguridad social, pensión, y su respectivo desglose para detallar el pago de cada una de las obligaciones.

CONCEPTO	ACTA No.	VALOR
	01	$ 4.892.055
	02	$ 4.418.630
	03	$4.892.054

	04	$ 4.734.246
ACTAS	05	$ 4.892.054
VALOR EJECUTADO		$ 23.829.039
VALOR POR EJECUTAR O NO EJECUTADO		$ 33.770.961
PAGOS REALIZADOS		$ 18.936.985
VALOR TOTAL A PAGAR EN ESTE PERIODO:		$ 4.892.054

APROBACION DEL SUPERVISOR

Supervisor	FIRMA



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

65459-T

ELIANA
SEPULVEDA ROJAS
C.C. 39211429
RES. INSCRIPCION 43 DEL 27/05/1999
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

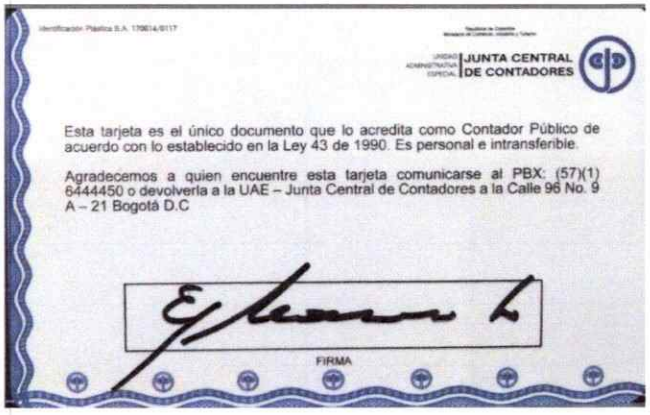
244040 72456



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.211.429
SEPULVEDA ROJAS
APELLIDOS
ELIANA
NOMBRES

FIRMA

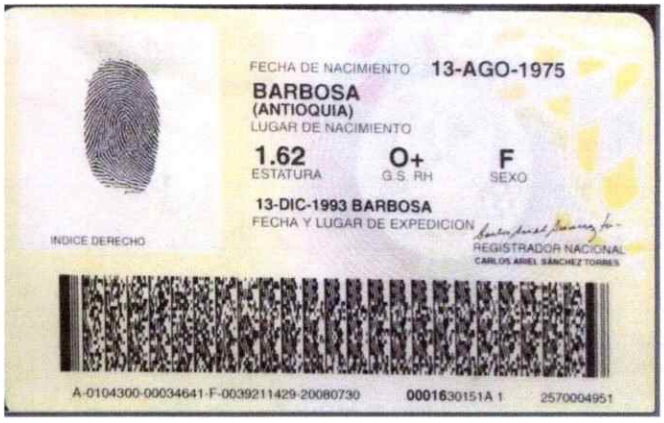


UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 6444450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 A – 21 Bogotá D.C

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-AGO-1975
BARBOSA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

13-DIC-1993 BARBOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0104300-00034641-F-0039211429-20080730 0001630151A 1 2570004951

enlace operativo

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-05-20, 09:09:09 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2026
Empresa	FUNDACION HOGAR EL BUEN SAMARITANO
NIT	NI 900361841
Código Sucursal (Nombre)	1 (PLANILLA)
Referencia de Pago/ Número Planilla	85083511
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	322442011
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 4.962.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	4	$ 1.120.800	$ 6.500
N800229739	230201	PROTECCION	3	$ 912.400	$ 5.300
N900336004	25-14	COLPENSIONES	2	$ 429.700	$ 2.500
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	2	$ 560.400	$ 3.300
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	3	$ 210.300	$ 1.300
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	$ 70.100	$ 500
N900604350	EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	4	$ 280.400	$ 1.700
N800088702	EPS010	EPS SURA	5	$ 335.700	$ 2.000
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	13	$ 117.600	$ 700
N890900841	CCF04	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT	13	$ 896.500	$ 5.200
		SubTotales:		$ 4.933.900	$ 29.000
		Total a Pagar:			$ 4.962.900

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-20, 09:20:14 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 85083511

Periodo Cotización: abril de 2026 **Periodo Servicio:** mayo de 2026

PAGADO 20/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FUNDACION HOGAR EL BUEN SAMARITANO	**Nombre Sucursal**	PLANILLA	**Código Sucursal**	1
Documento	NI900361841	**Dirección**	KM 2 #0 - 0 VIA CONCEPCION		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4066352		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BARBOSA	**Departamento**	ANTIOQUIA		
Representante Legal	RIVILLAS CASTAÑO FELIPE ALBERTO	**Identificación**	CC 16076681		
Total Afiliados	13	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1035153428	YANEY MARIA GUERRA BERROCAL	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF04) COMFAMA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
CC 1035237067	MANUELA FERNANDA GOMEZ BEDOYA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF04) COMFAMA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
CC 1036637123	GLORIA JANETH ORREGO CHAVERRA	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF04) COMFAMA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
CC 1095208244	CARLOS ALBERTO MOSQUERA RENTERIA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF04) COMFAMA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
CC 16076681	FELIPE ALBERTO RIVILLAS CASTAÑO	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 2.200.000	$ 352.000	(EPS010) EPS SURA	$ 2.200.000	$ 88.000	0,522	$ 2.200.000	$ 11.500	(CCF04) COMFAMA	$ 2.200.000	$ 88.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 539.500
CC 22029068	GLORIA CECILIA MOLINA CARDONA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF04) COMFAMA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
CC 22030275	MARTHA ELENA YEPEZ HERRERA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF04) COMFAMA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
CC 22041647	SOR CELINA MONSALVE RAMIREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF04) COMFAMA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
CC 39208189	OLGA DE JESUS MARIN LONDOÑO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF04) COMFAMA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
CC 39209412	SORELLY DE JESUS VALENCIA AGUDELO	01	00	X																0	16	16	16	16	(25-14) COLPENSIONES	$ 933.816	$ 149.500	(EPS010) EPS SURA	$ 933.816	$ 37.400	0,522	$ 933.816	$ 4.900	(CCF04) COMFAMA	$ 933.816	$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 229.200
CC 39215535	ROSAURA ARANGO LOPEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF04) COMFAMA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
CC 79073887	JOSE ORLANDO ARIAS CASTAÑEDA	01	03																	0	0	30	30	30	(N/N-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF04) COMFAMA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 149.400
CC 83218368	PEDRO MUÑOZ MAZABEL	01	03																	0	0	30	30	30	(N/N-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS010) EPS SURA	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF04) COMFAMA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 149.400

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 ·
Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 18.891.961	$ 22.393.771	$ 22.393.771	$ 22.393.771	$ 3.023.300	$ 896.500	$ 117.600	$ 896.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.933.900	$ 29.000	$ 4.962.900

CUENTAS MÁS CLARAS
Eliana Sepúlveda Rojas

Barbosa, Antioquia 27 de mayo de 2026

LA REVISORA FISCAL

CERTIFICA

Realizada la revision pertinente y a solicitud de l a entidad quien es la responsable de los pagos, puedo certificar que la FUNDACION HOGAR EL BUEN SAMARITANO, con NIT. 900.361.841-0, ha cumplido hasta la fecha con los pagos de aportes a salud, pensión, caja de compensación familiar, riesgos laborales y de seguridad social de todos los trabajadores a su cargo como empleador, cuando corresponde en el mes de mayo de 2026.

La fundación se encuentra a Paz y salvo por estos conceptos.

ELIANA SEPULVEDA ROJAS
C.C. Nº 39.211.429
T.P. 65459-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

274852BAB9C4B90E

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ELIANA SEPULVEDA ROJAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 39211429 de BARBOSA (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 65459-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *************************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 4 días del mes de Mayo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado