DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN ROQUE
Nit: 890.980.850
PRESUPUESTO 2026

COMPROBANTE DE EGRESO CE Nº 0000000714

Fecha de Expedición: 15/05/2026

ORDENES DE PAGO ASIGNADAS

Documentos Asignados	
Num Doc.	**Fecha Doc.**
00768	14/05/2026

Nit ò Cedula:	900361841 - 0
Beneficiario:	FUNDACION HOGAR EL BUEN SAMARITANO

Concepto de este Egreso

6BCFF0F10218EA546CD79D3672872013

PAGO CUENTA DE COBRO N°001 DEL CONTRATO CVA-003-2026, CUYO OBJETO ES: AUNAR ESFUERZOS PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL POBLACIÓN ADULTA EN SITUACIÓN DE ABANDONO, INDIGENCIA O VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE, BRINDÁNDOLES HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN, ACTIVIDADES LÚDICAS, PRODUCTIVAS, CULTURALES Y CUIDADO INTEGRAL

Rubro		Descripción	Valor Rubro
2.1.2.02.02.009	**SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES**		**3.713.278,00**
CCPET01 - CPC V2.1 AC	91119	Otros servicios de la administración pública n.c.p.	3.713.278,00
CCPET02 - UNIDAD EJECUTORA	16.0	ENTIDADES TERRITORIALES - ADMINISTRACION CENTRAL	3.713.278,00
CCPET05 - FUENTES DE FINANCIACIÓN	1.2.1.0.00	INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION	3.713.278,00
CCPET83 - ATRIBUTO EJECUCIÓN CON / SIN SITUACIÓN DE FONDOS	C	Con Situación de Fondos	3.713.278,00
CCPET84 - ATRIBUTO DESTINACIÓN DE LA RENTA	120501	Ingresos sin destinación específica	3.713.278,00

Total de la Presente Orden	Total Retenciones	Total a Pagar
3.713.278,00	**129.965,00**	**3.583.313,00**

Valor en letras:

TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TRECE PESOS M/L xxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Detalle de Movimiento de Bancos y Caja

Codigo	Detalle	Documento	Valor
10001	Ingresos corrientes de libre destinación		35.833,35
10001	Ingresos corrientes de libre destinación		3.713.278,00
65133824655	Fondos Comunes	00000CE714	3.583.313,00
10205	Estampilla Prodeportes 2.5%		92.832,00
10506	Fondo Gestión del Riesgo		556,99
101105	Ley 99 . 1%		371,33
11010	Fondo de Contingencia		371,33

RETENCIONES

DESCRIPCIÓN	%	VALOR
RETE ICA	1,00	37.133,00
Estampilla Prodeportes 2.5%	2,50	92.832,00

Alcalde Municipal

Firma del Interesado
Nit / C.C.

Desarrollado por Sistemas Aries SAS. Reservados todos los derechos - 19_ce_sanroque_CCPET.rdlc - Versión AriesNet

Impreso por: WILTON ALBERTO AGUDELO GALLEGO, el día: miércoles, 27 de mayo de 2026 siendo las: 11:53:22

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN ROQUE
Nit: 890.980.850
PRESUPUESTO 2026

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: MUNICIPIO SAN ROQUE
NIT: 890980850
Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: OP07682026
Secuencia: b
Número de cuenta a debitar: 65133824655

Fecha: 15-05-2026 **Hora:** 15:16:41
Fecha de Generación: 15-05-2026

Fecha de envío del pago: 15-05-2026
Fecha para Procesar el pago: 15-05-2026

Impreso por: Beatriz0259

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $3,583,313.00	**Valor Registros Procesados:** $3,583,313.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
65162425204	Ahorros	900361841	LA FUNDA EL SAMARI	3,583,313.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	15-05-2026

OK

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE SAN ROQUE
Nit: 890.980.850
PRESUPUESTO 2026

ORDEN DE PAGO OP Nº 0000000768

Fecha de Expedición: 14/05/2026

2B60D5477625F8F46F01134AF9380A8D

Documentos Asignados	
Num Doc.	Fecha Doc.
00264	20/02/2026

Nit ò Cedula:	900361841 - 0
Beneficiario:	FUNDACION HOGAR EL BUEN SAMARITANO

Por Concepto de: PAGO CUENTA DE COBRO N°001 DEL CONTRATO CVA-003-2026, CUYO OBJETO ES: AUNAR ESFUERZOS PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL POBLACIÓN ADULTA EN SITUACIÓN DE ABANDONO, INDIGENCIA O VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE, BRINDÁNDOLES HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN, ACTIVIDADES LÚDICAS, PRODUCTIVAS, CULTURALES Y CUIDADO INTEGRAL

Rubro		Descripción	Valor Rubro
2.1.2.02.02.009		**SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES**	**3.713.278,00**
CCPET01 - CPC V2.1 AC	91119	Otros servicios de la administración pública n.c.p.	3.713.278,00
CCPET02 - UNIDAD EJECUTORA	16.0	ENTIDADES TERRITORIALES - ADMINISTRACION CENTRAL	3.713.278,00
CCPET05 - FUENTES DE FINANCIACIÓN	1.2.1.0.00	INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION	3.713.278,00
CCPET83 - ATRIBUTO EJECUCIÓN CON / SIN SITUACIÓN DE FONDOS	C	Con Situación de Fondos	3.713.278,00
CCPET84 - ATRIBUTO DESTINACIÓN DE LA RENTA	120501	Ingresos sin destinación específica	3.713.278,00

Valor en letras: TRES MILLONES SETECIENTOS TRECE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/L xxxxxxxxxxxxxxxx

RETENCIONES		
DESCRIPCIÓN	%	VALOR
RETE ICA	1,00	37.133,00
Estampilla Prodeportes 2.5%	2,50	92.832,00

Fuente de Financiación	Valor Fuente de Financiación	Valor Retención por Fuente de Financiación	Total: Fuente - Retenciones
1.2.1.0.00 - INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION	3.713.278,00	129.965,00	3.583.313,00

Total de la Presente Orden	Total Retenciones	Total a Pagar
3.713.278,00	**129.965,00**	**3.583.313,00**

Alcalde Municipal

Secretario(a) de Hacienda

OP 0768-2026

Firma del Interesado
Nit / C.C.

1-1

Desarrollado por Sistemas Aries S.A.S. Reservados todos los derechos - 19_op_sanroque_CCPET.rdlc - Versión AriesNet

Impreso por: CAMILA ANDREA RODRIGUEZ JARAMILLO, el día: jueves, 14 de mayo de 2026 siendo las: 17:23:13

CUENTA DE COBRO
Número 001 de 2026

EL MUNICIPIO DE SAN ROQUE
NIT. 890980850-7

DEBE A:

FUNDACIÓN HOGAR EL BUEN SAMARITANO identificado con NIT. 900361841-0

LA SUMA DE:
TRES MILLONES SETECIENTOS TRECE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS $ 3.713.278

POR CONCEPTO: facturas electrónicas HSAM 742 HSAM 743 - - HSAM 745

PAGO NÚMERO: 01

N. DE CONTRATO: CVA-003-2026

OBJETO DEL CONTRATO: AUNAR ESFUERZOS PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL POBLACIÓN ADULTA EN SITUACIÓN DE ABANDONO, INDIGENCIA O VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE, BRINDÁNDOLES HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN, ACTIVIDADES LÚDICAS, PRODUCTIVAS, CULTURALES Y CUIDADO INTEGRAL.

PERIODO: DEL 20 DE FEBRERO DE 2026 AL 30 DE ABRIL DE 2026

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

FELIPE ALBERTO RIVILLAS CASTAÑO
CC: 16.076.681
Representante legal

12-05-25
5:05

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 : **HSAM742**

MONEDA:	COP Peso colombiano
HORA EMISIÓN:	09:36:22-05:00
FECHA FIRMADO:	25/03/2026 09:36:24

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
25	03	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	SUDAM001	CONTRATO PARA ANUAR ESFUERZOS PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL POBLACION ADULTA 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. PERIODO COMPRENDIDO DEL 20 AL 28 DE FEBRERO DE 2026	WSD	1,00	$530.000,00				$0,00	$530.000,00

Notas:

Subtotal:	$530.000,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$530.000,00

SON: (quinientos treinta mil pesos cero centavos)

CUFE: e7c5a16c6ab1889f5ee2e9de61acbbce3759cf602fd15559707de91955f2603c6b4988c668ee7e469eecd3f017c7fbd1

Firma Digital: moJVUGvpLlnAFhtVdv6HnxUu5kzPMkwFgBmmT2HgedC7r1WBbHe8g35cTQrQUzdR
G94hlA6aiAQgGkGMA+JgC0TxULQcNEh1po3+ELxJqXLy5MhCgbe67EYmYdwIz9S4
Mmf1p0jvuRo06pWFUdmgFesr4KG6CflmDDYTgUgVEuzLLdNvk0arPFOdRXi6whjg
UnGlYB1XSzR86N3PKGFpo6c4rgBMrV6Grr3h0g24Rbei2JC2uDl27ft/lQSQr6H/
FO70BDcjsRR0+6V5ty0urbchMLDiu4apRc6oCT56pB2ZUd9dVBhiG7mDCRiLjTsm
FsLJ+nseL6lfzD+ExdxFXg==

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

FUNDACION HOGAR 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 : **HSAM743**

MONEDA:	COP Peso colombiano
HORA EMISIÓN:	09:36:33-05:00
FECHA FIRMADO:	25/03/2026 09:36:34

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
25	03	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	SUDAM001	CONTRATO PARA ANUAR ESFUERZOS PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL POBLACION ADULTA 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. PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 AL 31 DE MARZO DE 2026	WSD	1,00	$1.591.639,00				$0.00	$1.591.639,00

Notas:

Subtotal:	$1.591.639,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$1.591.639,00

SON: (un millón quinientos noventa y uno mil seiscientos treinta y nueve pesos cero centavos)

CUFE: 35131d784d5a5da57ff3fce718ca31b7fa079c4292555abe6b6f0d334866de5a2e843ae933795c2235a4de8ca512deb6

Firma Digital: HQZx6oxrkjLOT7+jwuPzGf+o9tGqbUYdOEnm9c/hYO+PDPh0mnpOdGEbbc8H0Y2g
xdzC0yrRfpIL/tWnWcpxII6n9Zh1dbdd6haZX1IQ7Ab075dQhnP21CMBYL/qJiAf
IyAZXyLS3Q+pyOKcImq5m+mC1/usb+r6QM9/wWQv/STJpnv2KHNQ5pxrHTlNkGQm
D2zDVivP8AqQ4eyRRtqoQvLixFjQsUVM80rA5ceiFJN2U1MloRwI+jVoownEA7FJ
42A+WE1WaNTLW2sOVHX2B9a+fh1HJBOOifkifWh64xod3fqMAF61w5MD+PSEIsso
bsLvfPSgla3vdt/06gPYwQ==

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

FUNDACION HOGAR 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 ELECTRONICA DE VENTA: **HSAM745**

MONEDA:	**COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN:	**12:18:15**
FECHA FIRMADO:	**23/04/2026 12:18:16**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
23	04	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	SUDAM001	CONTRATO PARA ANUAR ESFUERZOS PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL POBLACION ADULTA 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. PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 AL 30 DE ABRIL DE 2026	WSD	1,00	$1.591.639,00				$0,00	$1.591.639,00

Notas:

SON: (un millón quinientos noventa y uno mil seiscientos treinta y nueve pesos cero centavos)

CUFE: e0b2fa522a7a8668105d37b8cbe7518b3c13d3c1a96c77d251efcea1ca180a849d29bc32d6a9a85909a388780e9f4bbc

Subtotal:	$1.591.639,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$1.591.639,00

Firma Digital: XDEFaHrcop9Qb1zhmi4qXrlvb9buuU4pzgv2wUg0LMcjVhJstC0Me6puDK3RSO2Z
SGc42q9ktG18u+tkuqqbCwff5R0KYZSDpYXB+HktTYrq8mbbV/nr5segvIi3IhZk
TrtyZ6JijB1KR+UOQkim8w6ff2rv/jfKt5aU+sv0lMzrhSH4MdY0HMCkJyhBUBC1
cPNFSZd/gTizEMg372AemrJZcIMV3KBON6XlwbAsPrXqbtnu6DvLCdUe1eZidWz+
/re1S6SFFWQSe4mirMU950z540T+8xD7DVSmPybNfO2ojo2kpNA9S/Kqyd06WHEY
9qto8c6N0TpIMtr4B+jyiA==

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	30	Abril	2026

Número de informe:	01

TIPO DE CONTRATO	Convenio de Asociación
NOMBRE CONTRATISTA:	FUNDACIÓN HOGAR EL BUEN SAMARITANO identificado con NIT. 900361841-0 representado legalmente por FELIPE ALBERTO RIVILLAS CASTAÑO CC: 16.076.681
NO. DE CONTRATO:	CVA-003 -2026
OBJETO DEL CONTRATO:	AUNAR ESFUERZOS PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL POBLACIÓN ADULTA EN SITUACIÓN DE ABANDONO, INDIGENCIA O VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE, BRINDÁNDOLES HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN, ACTIVIDADES LÚDICAS, PRODUCTIVAS, CULTURALES Y CUIDADO INTEGRAL.
VALOR DEL CONVENIO:	($21.450.000) VEINTIÚN MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS
ESFUERZO MUNICIPIO:	($16.500.000) DIECISÉIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L
ESFUERZO CONVENIENTE	($4.950.000) CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L 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:	20 DE FEBRERO DE 2026
FECHA INICIAL DEL CONTRATO	20 DE FEBRERO DE 2026
FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO	31 DE DICIEMBRE DE 2026
DURACIÓN DEL CONTRATO:	311 DIAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR	MARIA CELESTE ARBOLEDA SEPULVEDA - Secretaria de Gobierno y Servicios Administrativos
CARGO DEL SUPERVISOR	SECRETARIA DE GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE.

PERIODO INFORMADO			
DESDE	20 de febrero 2026	**HASTA**	30 de abril de 2026

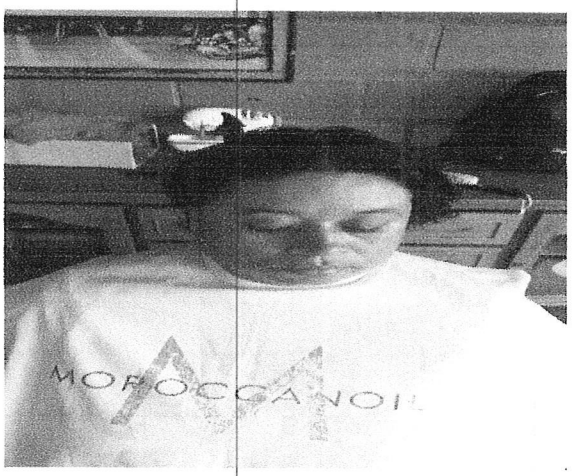
Las actividades que a continuación se indican desarrollan el objeto contratado con el **Municipio de San Roque - Antioquia**:

ACTIVIDADES – PRODUCTOS -ALCANCE DEFINIDOS EN EL CONTRATO

1. **Atención Integral:** Brindar atención integral a los adultos mayores institucionalizados, asegurando una alimentación balanceada de acuerdo con 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.

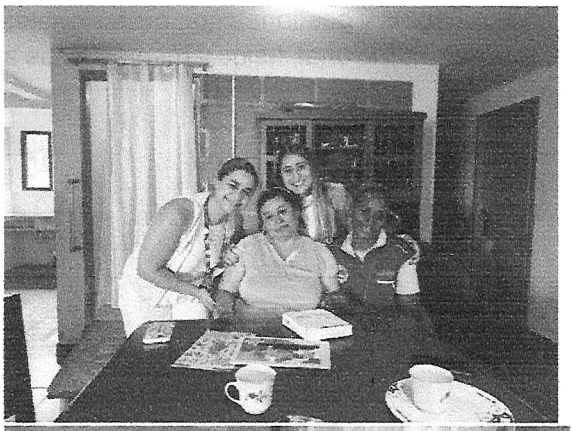
ACTIVIDADES O PRODUCTOS REALIZADOS EN EL PERIODO	EVIDENCIAS

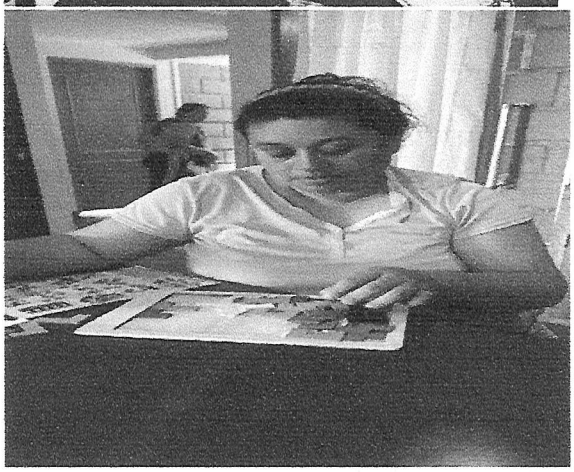
1.Atención Integral: Brindar atención integral a los adultos mayores institucionalizados, asegurando una alimentación balanceada de acuerdo con las necesidades nutricionales establecidas por un nutricionista, con variación de menús cada cuatro meses.	  

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.	Se adjuntan facturas en el informe.

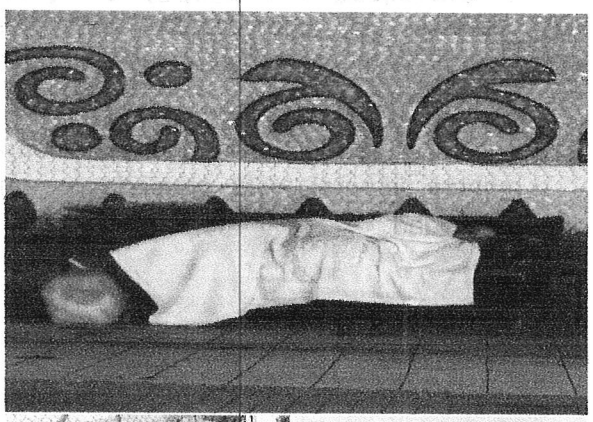
4. Capacidad del Centro: Mantener la capacidad operativa del hogar donde habitan los adultos para albergar el número de usuarios de manera adecuada.

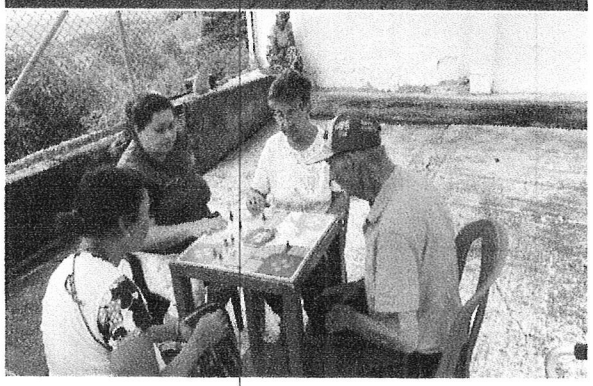
El CBA en el momento brinda atención a 17 adultos de manera integral, está ocupado en un 100% de su capacidad.



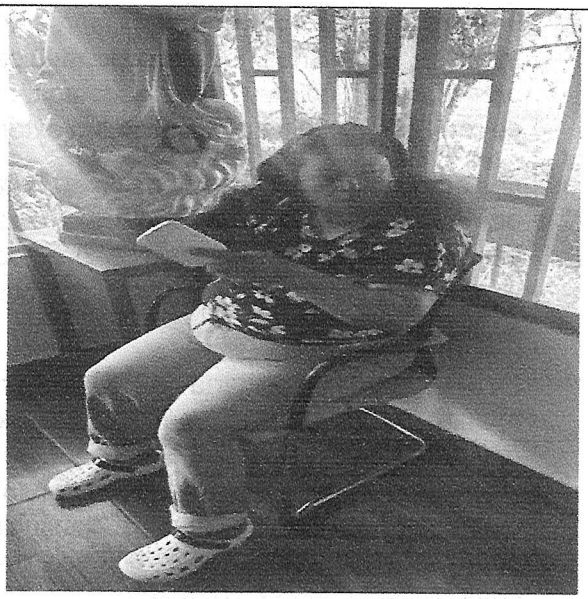


5. **Mejora de Condiciones de Vida:** Implementar estrategias y gestiones con profesionales para mejorar el estado nutricional, físico y mental de los adultos mayores.







6. **Servicio Permanente:** Garantizar la prestación de servicios de protección y cuidados básicos de forma continua, los siete días de la semana. Los cuidados brindados a los adultos mayores residentes en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor 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.	
7. **Gastos Exequiales:** Cubrir los gastos exequiales de los adultos institucionalizados subsidiados por el municipio El Centro de Bienestar del Adulto Mayor asume la cobertura de los gastos exequiales correspondientes a los 14 adultos mayores vinculados al Convenio CVA 003-2026	En el CBA se tienen los certificados funerarios de todos los adultos
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.	Manutención total de los residentes Alimentación balanceada Servicio de Enfermería Actividades Lúdicas y Recreativas. Evidencias de visita de control de los centros de protección del adulto mayor.

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 el buen samaritano 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 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.	En el Centro de Bienestar del Adulto Mayor el buen samaritano se encuentran las fichas de todos los adultos con las historias clínicas para llevar los respectivos controles de cada uno.
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. A cada adulto mayor se le garantiza una **alimentación balanceada**, elaborada con base en una **minuta nutricional diseñada por un profesional en nutrición**, teniendo en cuenta sus condiciones de salud, edad y necesidades específicas. Asimismo, se les suministran de forma regular **elementos de aseo personal y vestuario**, con el fin de mantener adecuados estándares de higiene y dignidad. El CPSAM también garantiza el **traslado de los adultos mayores a consultas médicas**, tanto dentro del municipio de San Roque como en instituciones ubicadas fuera del mismo, según la complejidad del servicio requerido.	Los adultos mayores que residen en el HOGAR EL BUEN SAMARITANO reciben atención integral los 7 dias de la semana .

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 cuidador	 
12. **Respuesta Inmediata a Solicitudes:** Atender de manera inmediata cualquier aclaración, solicitud o soporte exigido por la Alcaldía Municipal o la Secretaría de gobierno relacionada con la ejecución del contrato La administradora del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBA) atiende de manera diligente y oportuna todos los requerimientos formulados por la administración municipal, asegurando el cumplimiento estricto de los lineamientos establecidos en el contrato vigente. Su gestión se caracteriza por la responsabilidad, el compromiso y la comunicación efectiva con las autoridades competentes, lo cual contribuye al buen desarrollo y funcionamiento del centro, garantizando la calidad en la prestación de los servicios a los adultos mayores.	En el contrato que reposa en la secretaría de salud se cuenta con la documentación requerida del CBA

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. Desde la **FUNDACIÓN HOGAR EL BUEN SAMARITANO** nos unimos activamente a las actividades programadas por la administración municipal. Esta participación refleja nuestro compromiso con el bienestar integral de los adultos mayores, promoviendo la alimentación saludable, la inclusión social y el fortalecimiento de los lazos comunitarios. A través de estas iniciativas, buscamos mejorar la calidad de vida de nuestros residentes y contribuir al desarrollo social del municipio.	**LUGAR: CENTRO DÍA – SAN ROQUE**

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 identificado con NIT. 900361841-0** certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social con planilla de pago N° 83692805 por valor de **$5.229.600.** otra con planilla de pago **N° 84341733 por valor de $ 5.281.500** que presento, corresponden a los ingresos provenientes del CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nro. **CVA -003-2026** del cual hace parte este pago.

FELIPE ALBERTO RIVILLAS CASTAÑO
CC: 16.076.681
Representante legal





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-SEP-1983**

MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

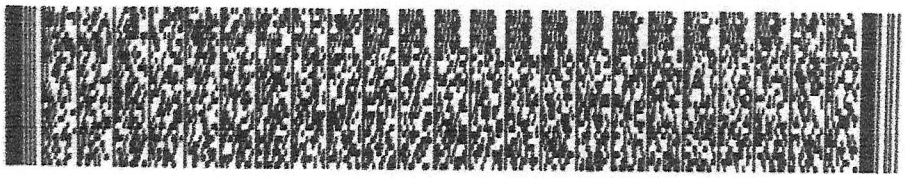
1.69 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

11-SEP-2001 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-0900150-01140690-M-0016076681-20200605 **0070**850906A 1 8500423379

Abril 30 de 2026

Fundación hogar El Buen Samaritano
Nit. 900.361.841-0

SEÑORES

ALCALDIA DE SAN ROQUE

L.C

Asunto: Responsabilidad Contratos laborales y Servicios de Funeraria.

En mi calidad de representante legal de la Fundacion Hogar El Buen Samarito, hago responsabilidad de los gastos funerarios de cada uno de los residentes de las sedes.

BARBOSA

PROVIDENCIA

CARACOLI

A su vez y como data en la planilla de seguridad social, la fundación tiene contrato directo con:

Carlos Alberto Mosquera,

Gloria Janeth Orrego.

Sor Celina Monsalve.

Hno. Felipe Alberto Rivillas C

Representante legal.

Fundación hogar El Buen Samaritano
Nit. 900.361.841-0

"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 aguapanela	Aguapanela	Leche con canela	Chocolisto con leche	café con leche	Chocolate en agua	Aguapanela con leche
HARINA 1	60 gr	Pan tajado (30 gr)	Arepa media tela	Arepa media tela	Arepa media tela	Arroz	Arepa de choclo	Arroz blanco
HARINA 2	30 gr	Galletas tipo tabla	Croissant hojaldrado	Galletas tipo tabla	Tostada	galletas		
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	Refresco de avena en leche	Fruta	sorbete de mora	Fruta picada	jugo de banano en leche	Colada de platano
		ALMUERZO						
SOPA	150 ml	Garbanzo	Pastas	Verduras	Plátano	Frijoles	Crema de Ahuyama	Lentejas
PROTEICO	80 gr	Albondigas de res	Pollo guisado	carne res desmechada	Torta Atún	Carne Molida	Cerdo asado	Pollo cocido
ARROZ	80 gr	Blanco	Blanco	blanco con zanahoria	Blanco	Blanco	Blanco	Blanco
ENERGÉTICO	60 gr	Papa común cocida	Papa criolla con cilantro	Moneditas de platano	yuca cocida con hogao.	Tajada de platano maduro	Tomillos de colores con verduras	pure de papa con aliños
ENSALADA	80 gr	Rodajas de tomate	lechuga, tomate y zanahoria	Lechuga, tomate y cebolla	Pepino y tomate	Rodojas de tomate	***	Zanahoria rallada con tomate
BEBIDA	200 ml	Jugo de Fruta	jugo de fruta	Jugo de fruta	Jugo de Fruta	Aguapanela con limón	Jugo de Fruta	Jugo de Fruta
		REFRIGERIO DE LA TARDE						
BEBIDA	250 ml	Colada de avena	Café en leche	sorbete de banano	Leche	Jugo de frutas natural en leche	Colada de maizena	Salpicón
HARINA	30 gr		Galletas tipo tabla		Mazamorra			
		COMIDA / CENA						
PROTEINA	80gr	Pollo desmechado 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	100gr	Arepa tela	Arroz blanco	pan tajado (Sanduche)	Arepa tela	Arroz blanco	Arroz blanco	Arepa tela
BEBIDA	200 ml	Chocolate en leche	café Leche	aguapanela en leche	Aguapanela	Chocolate en leche	café Leche	chocolate con leche

Minuta realizada por la Nutricionista Natalia Marín Abril 2023 TP: 1037546736

NOTAS

1. **La elección de las frutas es libre dependiente de la cosecha o presupuesto**
2. **Las porciones allí registradas son de la preparación total, ejemplo sopa 150ml entre el sólido y líquido.**
3. **La minuta puede tener pequeñas variaciones dependiente de las donaciones que pueda tener el hogar.**

"HOGAR EL BUEN SAMARITANO"

COMPONENTE NUTRICIONAL
CICLO DE MENU

COMPONENTES	PORCIÓN	SEMANA No. 2						
		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
		DESAYUNO						
BEBIDA	200ml	Chocolate en aguapanela	Aguapanela con leche	Café en leche	Chocolate con leche	café con leche	Chocolate en agua	Aguapanela
HARINA 1	60 gr	Arepa redonda	Arroz	Arepa media tela	Arepa de chócolo	Arroz	Calentado	Arepa de hanna pan
HARINA 2	30 gr	Croissant hojaldrado		Galletas tipo tabla		Tostada		
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	Chocolate en leche	Fruta	sorbete de mango	Fruta picada	jugo de guayaba en leche	Colada avena
	30 gr		Galletas tipo tabla					
		ALMUERZO						
SOPA	150 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	60 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	***	Rodojas de tomate	***	Zanahoria rallada con tomate picado
BEBIDA	200 ml	Jugo de Fruta	Jugo de Fruta	Jugo de fruta	Jugo de Fruta	Aguapanela con limón	Jugo de Fruta	Jugo de Fruta
		REFRIGERIO DE LA TARDE						
BEBIDA	250 ml	Colada de maicena	Fruta	Café en leche	Gelatina	jugo de fruta	Leche	Salpicón
HARINA	30 gr			Galletas tipo tabla	Galleta		Galleta	
		COMIDA / CENA						
PROTEINA	80gr	Huevos revueltos	Pollo guisado	Huevo con jamón	Huevo con aliños	pollo desmechado	Quesito	carne desmechada con aliños
ENERGÉTICO 1	100gr	Arepa tela	Arroz blanco	Arepa tela	Arroz	Pan tajado (sanduche)	Arepa de chocolo	Arepa tela
BEBIDA	200 ml	Chocolate en leche	café Leche	aguapanela en leche	Aguapanela	Chocolate en leche	café Leche	chocolate con leche

Minuta realizada por la Nutricionista Natalia Marín Abril 2023 TP 1037546738

NOTAS

1. **La elección de las frutas es libre dependiente de la cosecha o presupuesto**
2. **Las porciones allí registradas son de la preparación total, ejemplo sopa 150ml entre el sólido y líquido.**
3. **La minuta puede tener pequeñas variaciones dependiente de las donaciones que pueda tener el hogar.**

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	35 gr	Tostada (1 un)		Galletas tipo tabla (2 un)		Tostada (1 un)		
PROTEICO	60 gr	Queso	Tortilla de huevo con alfios	Queso	Quesito	Huevo con alfios	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 alfios	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 alfios	pollo desmechado	Quesito	carne desmechada con alfios
ENERGÉTICO 1	80gr	Arepa tela	Arroz blanco	Arepa tela	Arroz	Pan tajado (sanduche)	Arepa de chocolo	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 Marin Abril 2023 TP 1027546736

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

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	40 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 alfios	Queso	Huevo con alfios	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	Frisoles	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	Monedilas de platano	yuca cocida.	Tajada de platano maduro	Tomillos de colores con verduras	pure de papa con alfios
ENSALADA	80 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 alfios	Tortilla de huevo con jamón	Huevos revueltos con platanitos	Carne molida con arveja
ENERGÉTICO 1	80gr	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

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 Secretaría 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: Día 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 días 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: _____

LA SECRETARIA DE GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE - ANTIOQUIA

CERTIFICA:

Que de acuerdo con las evidencias presentadas por el señor **FELIPE ALBERTO RIVILLAS CASTAÑO** identificado con Cedula de Ciudadanía No. 16.076.681 Representante legal de **FUNDACIÓN HOGAR EL BUEN SAMARITANO** identificado con NIT. 900361841-0 en cumplimiento del **CONVENIO DE ASOCIACIÓN NRO. CVA-003- 2026** cuyo objeto es **AUNAR ESFUERZOS PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL POBLACIÓN ADULTA EN SITUACIÓN DE ABANDONO, INDIGENCIA O VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE, BRINDÁNDOLES HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN, ACTIVIDADES LÚDICAS, PRODUCTIVAS, CULTURALES Y CUIDADO INTEGRAL**, durante el periodo de tiempo comprendido entre el **20 DE FEBRERO DE 2026 AL 30 DE ABRIL DE 2026**, se autoriza un pago por valor de **TRES MILLONES SETECIENTOS TRECE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS $ $3.713.278**.

CUMPLIO:

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

Dada a los 30 días del mes de abril de 2026

Mª Celeste Arboleda S.

MARIA CELESTE ARBOLEDA SEPÚLVEDA
Secretaria de Gobierno y servicios Administrativos
Supervisor (a)

INFORME DE SUPERVISIÓN Nro.	01	CONTRATO No.	CVA 003-2026
INFORMACION BASICA			
CONTRATISTA	FUNDACIÓN HOGAR EL BUEN SAMARITANO identificado con NIT. 900361841-0 representado legalmente por FELIPE ALBERTO RIVILLAS CASTAÑO CC: 16.076.681		
INTERVENTOR	NA		
SUPERVISOR	MARIA CELESTE ARBOLEDA SEPULVEDA - Secretaria de Gobierno y Servicios Administrativos-Municipio de san Roque		
INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO			
TIPO DE CONTRATO	**CONVENIO DE ASOCIACIÓN CVA 003-2026**		
OBJETO:	AUNAR ESFUERZOS PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL POBLACIÓN ADULTA EN SITUACIÓN DE ABANDONO, INDIGENCIA O VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN ROQUE, BRINDÁNDOLES HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN, ACTIVIDADES LÚDICAS, PRODUCTIVAS, CULTURALES Y CUIDADO INTEGRAL.		
VALOR DEL CONVENIO	($21.450.000) VEINTIÚN MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS		
ESFUERZO DEL MUNICIPIO	($16.500.000) DIECISÉIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L		
ESFUERZO DEL CONVENIENTE	($4.950.000) CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L, 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 DE CONTRATO:	**20 DE FEBRERO DE 2026**		
FECHA DE INICIACIÓN:	**20 DE FEBRERO DE 2026**		
FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO	31 DE DICIEMBRE DE 2026		
TIEMPO	(311 DIAS)		

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 y minuta nutricional actualizada
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	Anexa registro fotográfico
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
4.Capacidad del Centro: Mantener la capacidad operativa del hogar donde habitan los adultos para albergar el número de usuarios de manera adecuada	CUMPLE	Se adjunta registro fotográfico
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	Se adjunta 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	En el hogar el buen Samaritano se brinda atención y cuidados completos los 7 días de la semana sin límite de horario.
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
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.	CUMPLE	Se anexa informe de actividades.
9. **Atención Médica Integral:** Coordinar intervenciones médicas necesarias, suministrar medicamentos según	CUMPLE	El CBA tiene en su archivo las fichas medicas de cada adulto

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.	CUMPLE	En el hogar el buen samaritano se atiende por completo a los adultos mayores y para los servicios de salud fuera del municipio se les realiza los traslados acompañados del personal que allí labora.
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 cuidador.	CUMPLE	Se adjunta 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 gobierno relacionada con la ejecución del contrato.	CUMPLE	Se anexa informe de todas las actividades en la cuenta de cobro y actas de visita del personal de la secretaria de Salud.
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 adjunta registro fotográfico
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 20 de febrero de 2026 al 30 de abril de 2026.	CUMPLE	Se anexa certificado

INFORMACION PRESENTADA

- Informe de Actividades.
- Planillas Pago de Seguridad social
- 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	83692805	**Periodo - Salud**	Febrero	**Periodo - Pensión**	Febrero
CONCEPTO	**SALUD**	**PENSION**	**ARL**	**CCF**	**PARAFISCALES**
VALOR	$ 946.500	$3.212.500	$ 124.200	$ 946.400	$ 0
FECHA DE PAGO	11/03/2026	11/03/2026	11/03/2026	11/03/2026	
PAGADA	SI	SI	SI	**VALOR TOTAL APORTE**	**$ 5.229.600**

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
Entidad donde realiza el pago			ASOPAGOS S. A		
No. Planilla	84341733	**Periodo - Salud**	Marzo	**Periodo - Pensión**	Marzo
CONCEPTO	**SALUD**	**PENSION**	**ARL**	**CCF**	**PARAFISCALES**
VALOR	$ 954.800	$3.253.800	$ 125.300	$ 947.600	$ 0
FECHA DE PAGO	13/03/2026	13/03/2026	13/03/2026	13/03/2026	
PAGADA	SI	SI	SI	**VALOR TOTAL APORTE**	**$ 5.281.500**

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
ACTAS	01	$ 3.713.278
	VALOR EJECUTADO	**$ 3.713.278**
	VALOR POR EJECUTAR O NO EJECUTADO	**$ 12.786.722**
	PAGOS REALIZADOS	**$ 0**
	VALOR TOTAL A PAGAR EN ESTE PERIODO:	**$ 3.713.278**

APROBACION DEL SUPERVISORA

Supervisora	M/a Celeste Arboleda S. **MARIA CELESTE ARBOLEDA SEPULVEDA** **SECRETARIA DE GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**

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	2026-03-11, 11:34:14 AM
Período de Cotización Otros Riesgos	enero de 2026
Período de Cotización Para Salud	febrero de 2026
Empresa	FUNDACION HOGAR EL BUEN SAMARITANO
NIT	NI 900361841
Código Sucursal (Nombre)	1 (PLANILLA)
Referencia de Pago/ Número Planilla	83692805
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	131838273
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 5.229.600
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	$ 20.800
N800229739	230201	PROTECCION	3	$ 912.400	$ 16.900
N900336004	25-14	COLPENSIONES	2	$ 560.400	$ 10.400
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	2	$ 560.400	$ 10.400
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	3	$ 210.300	$ 3.900
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	$ 70.100	$ 1.300
N900604350	EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	4	$ 280.400	$ 5.200
N800088702	EPS010	EPS SURA	5	$ 368.400	$ 6.900
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	13	$ 121.900	$ 2.300
N890900841	CCF04	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT	13	$ 929.200	$ 17.200
		SubTotales:		$ 5.134.300	$ 95.300
		Total a Pagar:			$ 5.229.600

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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 la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

EXPERTOS en PILA

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	2026-03-13, 07:56:09 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2026
Empresa	FUNDACION HOGAR EL BUEN SAMARITANO
NIT	NI 900361841
Código Sucursal (Nombre)	1 (PLANILLA)
Referencia de Pago/ Número Planilla	84341733
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	136684762
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 5.281.500
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	5	$ 1.214.200	$ 2.400
N800229739	230201	PROTECCION	3	$ 912.400	$ 1.800
N900336004	25-14	COLPENSIONES	2	$ 560.400	$ 1.100
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	2	$ 560.400	$ 1.100
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	3	$ 210.300	$ 500
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	$ 70.100	$ 200
N900604350	EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	4	$ 280.400	$ 600
N900156264	EPS041	CMRC.RECA.FOSYGA-NUEVAEPS R MOVILIDAD	1	$ 23.400	$ 100
N800088702	EPS010	EPS SURA	5	$ 368.400	$ 800
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14	$ 125.000	$ 300
N890900841	CCF04	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT	14	$ 945.700	$ 1.900
			SubTotales:	$ 5.270.700	$ 10.800
			Total a Pagar:		$ 5.281.500

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

CUENTAS MÁS CLARAS
Eliana Sepúlveda Rojas

Barbosa, Antioquia 30 de marzo 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 marzo 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

CUENTAS MÁS CLARAS
Eliana Sepúlveda Rojas

Barbosa, Antioquia 30 de Abril de 2026

LA REVISORA FISCAL

CERTIFICA

Realizada la revisión 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 Abril 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

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



JUNTA CENTRAL DE CONTADORES C

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) 3444450 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

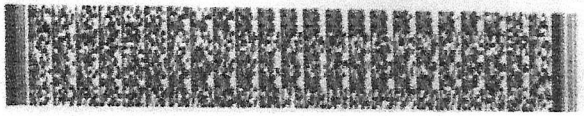
BARBOSA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 F
ESTATURA G.s. RH SEXO

13-DIC-1993 BARBOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

6AB14A6AA0001057

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 30 días del mes de Enero 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

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado		
Pago 001	002	5/03/2026 7:54 AM (UTC -5 horas)	6/03/2026 12:00 PM (UTC -5 horas)	4.418.630 COP	4.418.630 COP	4.418.630 COP	Rechazado	Detalle	
Pago 002	HSAM742	25/03/2026 11:14 AM (UTC -5 horas)	12/05/2026 12:00 PM (UTC -5 horas)	530.000 COP	530.000 COP	530.000 COP	Aprobado	Detalle	Marcar como pagados
Pago 003	HSAM743	25/03/2026 11:24 AM (UTC -5 horas)	12/05/2026 12:00 PM (UTC -5 horas)	1.591.639 COP	1.591.639 COP	1.591.639 COP	Aprobado	Detalle	Marcar como pagados
Pago 004	HSAM745	23/04/2026 11:30 AM (UTC -5 horas)	12/05/2026 12:00 PM (UTC -5 horas)	1.591.639 COP	1.591.639 COP	1.591.639 COP	Aprobado	Detalle	Marcar como pagados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	21.450.000,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	3.713.278,00 COP	17,31%	-
Valor facturado pendiente de pago:	3.713.278,00 COP	17,31%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	21.450.000,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	21.450.000,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	05 DESIGNACION SUPERVISIONCVA-003.pdf	05 DESIGNACION SUPERVISIONCVA-003.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO_0001.pdf	ACTA DE INICIO_0001.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RPC.pdf	RPC.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y ACTA CERTIFICADO DE SUPERVISION -CVA-003-2026.pdf	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y ACTA CERTIFICADO DE SUPERVISION -CVA-003-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

ENTREGADO EL 12/MAYO/2026 A LAS 4:16PM