ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Programa: Atención integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral en Clínica, Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Sí	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Sí	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella
	Jorge Eliecer Rodriguez	CC	138775 92	Progreso		X		X			Mayor de 60 / Entre 60 y 64 / Entre 70 y 74 X / Entre 80 y 84 / Entre 90 y 94 / Mayor a 100		X		X			Jorge Rodriguez	
	Yovany Arango Rodriguez	CC	3820491	Progreso		X		X			Mayor de 60 / Entre 60 y 64 / Entre 70 y 74 X / Entre 80 y 84 / Entre 90 y 99 / Mayor a 100	X				X			
	Gladys Maria Romero Pena.	CC	26793907	Progreso		X			X		Mayor de 60 / Entre 60 y 64 / Entre 70 y 74 X / Entre 80 y 84 / Entre 90 y 94 / Mayor a 100		X		X			Gladys Romero Pena	
	Alcibades Salazar Cruzado	CC	19850 020	Progreso		X		X			Mayor de 60 / Entre 60 y 64 / Entre 70 y 74 X / Entre 80 y 84 / Entre 90 y 94 / Mayor a 100		X		X			Alcibiades	
	Miriam Campo Cantillo	CC	21527700	Progreso		X			X		Mayor de 60 / Entre 60 y 64 / Entre 70 y 74 X / Entre 80 y 84 / Entre 90 y 94 / Mayor a 100		X		X			Miriam	

Firma del facilitador responsable(s)

Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1423

ALCALDIA DE BARRANQUILLA

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Barranquilla
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-18
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral en la Salud, Nutrición general, Audiometría, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Distrito residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Edades para ser B									Firma	Huella
								Genero			Grupo Etario	Discapacidad			Victima			
								Hombre	Mujer	Otro		Si	No	No responde	Si	No	No responde	
	Telva Hernandez Florez	CC	33065897	Bethel		X			X		Mayor de 60 X Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100		X			X		
	Arabelis Alzate Arango	CC	45793988	Bethel		X			X		Menor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 X Mayor a 100		X			X		Arabelis Alzate
	Jacob Diaz Pacheco	CC	3820226	Palmar		X		X			Menor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100		X			X		Jacob D.
	Nicolas Suyan Perez	CC	73020270	Victoria		X		X			Menor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100		X			X		
	Santago Manuel Pereira Rucha	CC	3820308	Victoria		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100		X			X		

Firma del facilitador responsable(s): Nombre:

El usuario los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el mejoramiento de Salud.

Los anteriores derechos autorizo el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1/24

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades Físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/lugar de residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Dotado con ayuda de: Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Sí	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Sí	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella
	Oscar Delgado Toro	cc	38203852	Progreso		X		X			Mayor a 100 X		X			X			
	Victor Manuel De la Rosa Orellano	cc	73020700	Progreso		X		X			Mayor a 100 X	X				X			
	Manuel Epifanio Gonzalez	cc	3820315	Progreso		X		X			Mayor a 100 X		X			X			
	Elena Zayas Salazar	cc	22832729	Progreso		X			X		Mayor a 100 X		X		X			Elena Zayas	
	Jaime Ramon Arango Rodriguez	cc	73020149	Progreso		X		X			Mayor a 100 X		X			X		Jaime Ramon A.	

Firma (s) facilitador responsable(s): Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los abajo firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

145

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral: Urgencias, Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Área	Urbano	Teléfono	Sexo: Masculino	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario (Señale con una X)	Discapacidad: SI	Discapacidad: NO	Discapacidad: No responde	Víctima: SI	Víctima: NO	Víctima: No responde	Firma	Huella
	Milagros Camacho Ruiz.	CC	26896122	Progreso		X			X				X		X			Milagros	
	Emilce Vasquez Cantes.	CC	45743517	Progreso		X			X				X		X				
	Manuel Jose Cortes Carnaquel	CC	6573733	Angelica.		X		X					X		X			Manuel Cortes	
	Fanys Medina Medina	CC	45775848	Mano Autobus		X			X				X		X			Fanis Medina	
	Uman Duarte Niño.	CC	1048996091	Mano Autobus		X			X				X		X				

Firma del facilitador responsable: Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1/26

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Objetivo/Municipio: Morales
2. Programa: Atencion integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atencion integral area Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Artes y manualidades, Actividades Intercultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/distrito de residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo (Solo una X): Hombre	Mujer	Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Sí	No	No responde	Victima: Sí	No	No responde	Firma	Huella
	Rafael Polonia Correa	CC	3820267	Maria Auxiliadora		X		X			Mayor de 60; Entre 60 y 64; Entre 70 y 74; Entre 65 y 69; Entre 75 y 79; Mayor a 100 X		X			X		
	Teodoro Garcia Rodriguez	CC	18768654	Maria Auxiliadora		X		X			Mayor de 60; Entre 60 y 64; Entre 70 y 74; Entre 65 y 69; Entre 75 y 79; Mayor a 100 X		X		X			
	Carmen Yolanda Marno	CC	37817218	Maria Auxiliadora		X			X		Mayor de 60; Entre 60 y 64; Entre 70 y 74 X; Entre 65 y 69; Entre 75 y 79; Mayor a 100		X		X			
	Herlandel Socorro Caro S.	CC	45775556	Oasis		X		X			Mayor de 60; Entre 60 y 64 X; Entre 70 y 74; Entre 65 y 69; Entre 75 y 79; Mayor a 100		X			X		
	Alicia Quesada Romero	CC	22933884	Oasis		X					Mayor de 60; Entre 60 y 64; Entre 70 y 74 X; Entre 65 y 69; Entre 75 y 79; Mayor a 100		X			X	alicia quesada	

Firma del facilitador responsable(s):

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

ALCALDIA DE BARRANCAS, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atencion integral area Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural
4. Programa: Atencion integral al adulto mayor
5. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfonos	Sexo (Marcar con una X)			Grupo Etario	Discapacidad			Victima			Firma	Huella
								Hombre	Mujer	Otro		Si	No	No responde	Si	No	No responde		
	Carmen Elena Campuzano Araujo.	CC	30863017	Oasis		X			X		Mayor a 100		X		X				
	Euclides Pedroza Santamaria	CC	3820291	Oasis		X		X			Entre 70 y 74		X			X		Euclides	
	Inis Peña Pallares	CC	45713359	Oasis		X			X		Entre 60 y 64		X		X			Inis Peña	
	Rosa-Elena Guerra Navarro	CC	31975870	Oasis		X			X		Entre 60 y 64		X		X				
	Daniel Enrique de la Espriella	CC	73020061	Oasis.		X		X			Entre 60 y 64		X			X		DANIEL	

Firma del facilitador responsable: [signature]

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

142

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area: Lúdica, Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural
4. Programa: Atención integral al adulto mayor
5. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Sexo	Edades	Teléfonos	Soltado con una X: Sexo: Hombre	Mujer	LGBTI	Grupo Etario	Ocupación: Si	No	No responde	Victima: Si	No	No responde	Firma	Huella
	Fransisco Pallares Vanegas	CC	73020061	Oasis		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 100 X		X		X			FRANSICO	
	Jaime de Jesus Gil Diaz.	CC	3980923	Oasis		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 100 X		X		X			No firma.	
	Belisario Aldana Cantillo	CC	9402177	Oasis		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 100 X		X		X			Belisario	
	Luis Eduardo Pedroza Santamaria	CC	3920234	Oasis		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 100 X		X		X			Luis Eduardo P.	
	Ivan Muñoz Pava.	CC	73021125	Oasis		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 100 X		X		X				

Firma del facilitador responsable: Anuar

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1479

ALCALDIA DE MONTELIBANO, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Montelibano
2. Centro de Atención Programada/Nombre de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area: Criterio: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Actividades físico-cultural
5. Programa: Atención integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-09-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Municipio/corregimiento residencia	Rural	Urbano	Teléfonos	Estado nutricional adulto mayor: Bajo peso	Estado nutricional adulto mayor: Normal	Estado nutricional adulto mayor: Obesidad	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: Si	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella
	Pedro Paulo Florez Pacheco	CC	78020378	Primero de Mayo		X			X		A		X		X			PedroPabloFlorez	
	Moises Puello Muñoz	CC	9902123	Primero de Mayo		X			X		E		X			X		Moises	
	Pascual Arevalo Quintero	CC	51042583	Primero de Mayo		X			X		B		X			X			
	Justino Pallares Cortes.	CC	3820150	Primero de Mayo		X			X		E		X		X			Justino	
	Pedro Perez Pacheco	CC	3820169	Primero de Mayo		X			X		E		X			X			

Firma del facilitador responsable/a:

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Protección de Datos (Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1/30

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral adulto Urbano. Medicina general, Audiometria, Psicologia, Aloes y manualidades, Actividades físico-culturel

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Barrio/vereda/Sector residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Rango Edad en años				Discapacidad			Victima			Firma	Huella
								Hombre	Mujer	Otro		SI	No	No responde	SI	No	No responde		
	Jose Higinio Cavalledes Badillo	cc	3820329	Primero de Mayo		x		x			Mayor de 60		x		x				
	Escolastico Diaz	cc	940631	Primero de Mayo		x		x			Mayor de 60		x		x			Escolastico	
	Isaac Pallares Cantes.	cc	3820450	Primero de Mayo		x		x			Mayor de 60		x		x				
	Abel Antonio Salazar Cabezudo.	cc	3820261	Bethel		x		x			Mayor de 60		x		x				
	Cristobal Barrio Barreto	cc	4165494	Bethel		x		x			Mayor de 60		x		x				

Firma (s) facilitador responsable(s):

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1421

ALCALDIA DE MANAURE, GUAJIRA

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Kilometro/Municipio: Manaure

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Programa: Atención integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 20-09-26

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral a los Usuarios: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes, y Fisioterapeutica, Actividades físico-culturel

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de identidad	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Estado civil sexo X: Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: SI	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: SI	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella
	Nestor luis Chavez Badillo	CC	18916610	Bethel		X		X			Mayor a 100 X		X		X				
	Ariel Quiroz Chavez.	CC	73020574	Bethel		X		X			Entre 80 y 100 X		X			X			
	Waldo Vasquez Molina	CC	73020184	Bethel		X		X			Entre 75 y 79 X		X		X				
	Jose David Campuzano Morales.	CC	18910093	Bethel		X		X			Entre 75 y 79 X		X		X				
	Camilo Pacheco	CC	73020322	Bethel		X		X			Entre 60 y 64 X		X			X			

Firma del facilitador responsable:

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Guajira

Las adhesiones Dactilares acontece el uso de fotografías / videos / testigomos para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor

2471

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Programa: Atención Integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area Oriana: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Artes y manualidades, Actividades fisico-motrices

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Vereda/Barrio/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: Si	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella
	Dila Rosa Pacheco	CC	45743820	Primero de Mayo		X			X		Mayor a 100	X			X			'Dilia Ros P	
	Floikana Maria Estrada Campo	CC	30863005	Primero de Mayo		X			X		Entre 80 y 89	X			X			NO Firma	
	Teotiste Chavez Caceres	CC	22929726	Primero de Mayo		X			X		Entre 70 y 79	X			X			NO Firma	
	Alfredo Alfaro Gonzalez	CC	73020069	Primero de Mayo		X		X			Entre 70 y 79	X			X			Alfredo Alfaro	
	Ana Jacinta Reyes de Cortez	CC	22829238	Primero de Mayo		X			X		Entre 90 y 99	X				X			

Firma del facilitador responsable

Nombre:

El uso de los datos será regido de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolivar

Las anteriores firmas autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para informe de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor

148

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: MORALES
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-09-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral área Clínica: Medicina general, Valoración, Fisioterapia, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Edad	Líderes	Teléfono	Sexo (Mujer / Hombre / LGBTI)	Grupo Etario	Discapacidad (Sí / No / No responde)	Víctima (Sí / No / No responde)	Firma	Huella
	Horacio Guzman	CC	3820349	Primero de Mayo		X		X	Entre 70 y 79 X	X	X	oracio g	
	Jairo Gil Rodriguez	CC	3820392	Primero de Mayo		X		X	Entre 70 y 79 X	X	X	Jairo G. R.	
	Juan de la Rosa	CC	9406093	Primero de Mayo		X		X	Entre 80 y 89 X	X	X	NO Firma	
	Julio Goyas Salazar	CC	3820385	Primero de Mayo		X		X	Entre 70 y 79 X	X	X	NO Firma	
	Josta Rufina Rodriguez	CC	1045992122	Primero de Mayo		X		X	Entre 70 y 79 X	X	X	NO Firma	

Firma del facilitador responsable: Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Protección de Datos Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los abajo firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

434

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atencion integral area (Odonto, Medicina general, Nutricionista, Psicologo, Artes y manualidades, Actividades ludico-cultural
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/barrio residencia	Edad	Género	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctimas: Si	Víctimas: No	Víctimas: No responde	Firma	Huella
	Evelina Maria Pedroza	CC	22529252	Primero de Mayo		F			X		60 y 69 / 70 y 79 / 80 y 89 X	X				X		Evelina P	
	Heliodoro Pallares Cuesta	CC	9904979	Primero de Mayo		F		X			80 y 89 X	X				X		No Firma	
	Lucas Evangelista Rodriguez	CC	3820322	Primero de Mayo		F		X			80 y 89 X	X				X		No Firma	
	Luisa Vargas Rizo	CC	22824209	Primero de Mayo		F			X		80 y 89 X	X				X		Luisa Vargas R	
	Maria Magdalena Pizzuto Pacheco	CC	22829327	Primero de Mayo		F			X		90 y 99 X	X				X		No Firma	

Firma (s) facilitador responsable(s)

Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1435

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral antes (Odonto, Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades. Actividades físico-culturel

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Distrito residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Rubalo con una X: Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Si	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella
	Ofelia Soraya Salazar	CC	22829566	Primero de Mayo		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 Entre 76 y 80 Entre 81 y 85 Mayor a 85 X	X			X			NO Firma	
	Rosalba Pena Diaz	CC	22829576	Primero de Mayo		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 Entre 76 y 80 Entre 81 y 85 Mayor a 85 X	X			X			Rosalba Pena	
	Luz Marina Palmera Muñoz	CC	22829865	Primero de Mayo		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 Entre 76 y 80 Entre 81 y 85 Mayor a 85 X	X			X			NO Firma	
	Hector Julio Fuyeda Rodriguez	CC	15910917	Primero de Mayo		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 Entre 76 y 80 Entre 81 y 85 Mayor a 85 X	X			X				
	Cecilia Guillen Lazcano	CC	22829559	Primero de Mayo		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 Entre 76 y 80 Entre 81 y 85 Mayor a 85 X	X			X			NO Firma	

Firma (s) facilitador responsable(s):

Nombre:

El uso de los datos está sujeto al acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Kilometro/municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Programa: Atención integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral área Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Aseo y manualidades, Actividades físico cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Municipio/Barrio residencia	Piel	Urbano	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: Si	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella
	Jose Isabel Estrada Cuesta	cc	940376	Primero de Mayo		x			x		Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Mayor a 85 x	x			x			NO Firma	
	Manuel Muñoz Puya	cc	940685	Primero de Mayo		x		x			Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 90 x	x			x			.Manuel Muñoz	
	Josefa Pereira Rocha	cc	22329695	Primero de Mayo		x			x		Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 x Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 90	x				x		.Josefa Pereira	
	Miguel Antonio Neira Bonet	cc	5446090	Primero de Mayo		x					Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 x Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 90	x			x			Miguel A	
	Mercedes Sofia Manjarez Arevalo	cc	A5743090	Primero de Mayo		x					Mayor de 60 Entre 60 y 64 x Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 90	x			x			.mercedes	

Firma (s) facilitador responsable(s):

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1426

ALCALDIA DE MARIALEL, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Klaudia Gastelo — Monitor — 2. Programa: Atención integral al adulto mayor

3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida — 4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area Urbana: Medicina general, Odontología, Psicología, Aulas y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Salida con una X: Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: Si	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella
	Ana Dolores Cruz Chavez	CC	45775015	Primero de Mayo		X			X		Entre 60 y 69 X	X			X			Anadolorescruz	
	Lourdes Pallares	CC	30863031	Primero de Mayo		X			X		Entre 70 y 79 X	X			X			Lourdesp	
	Ernesto Manuel Saavedra Rodriguez	CC	73020207	Primero de Mayo		X		X			Entre 60 y 69 X	X			X			No firma	
	Jorge Pacheco	CC	1847110775	Primero de Mayo		X		X			Entre 70 y 79 X	X				X		Jorge Pacheco	
	Ana del Rosario Zabala	CC	22829717	Primero de Mayo		X			X		Entre 70 y 79 X	X						Anaz	

Firma (a) facilitador responsable: — Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor

1438

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Sitio/Municipio: Morales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-culturel

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Distrito residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Si	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella
	Alfredo Moncada Ruiz.	cc	3820119	Bastidas		x		x			Mayor de 60	x				x		No Firma	
	Camilo Noya Revuelta	cc	9402116	Bastidas		x		x			Mayor de 60	x			x				
	Juan Peña de Angel	cc	12720678	Bastidas		x		x			Mayor de 60	x				x		Juan Peña	
	Flor Nana Para Torres	cc	45743497	Bastidas		x			x		Mayor de 60	x			x				
	Luz Virginia Gomez Salazar	cc	63465428	Bastidas		x			x		Mayor de 60	x				x		No Firma	

Firma del facilitador responsable(s):

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Protección de Datos (Ley 1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los abajofirmantes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1424

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Ente territorial/municipio: Morales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area Urbana: Medicina general, Odontología, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-culturel

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Municipio/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: LGBTI	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: Si	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella
	Sergia Antonia Moreno Jimenez	CC	30320325	Bustos		X			X		Mayor de 60	X			X				
	Luz Marina Guerrero Carreño	CC	49056279	Bustos		X			X		Mayor de 60	X			X			Luz marina G	
	Jose Isidro Diaz Gil	CC	3820264	Bethel		X		X			Mayor de 60	X			X			No Firma	
	Crishistian Yohanis Acevedo.	CC	9235036	Bethel		X		X			Mayor de 60	X			X				
	Rayfel Fransisca de Briseño.	CC	PPT 0048472	Bethel		X			X		Mayor de 60	X				X		Raquel	

Firma del facilitador responsable: Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (Ley 1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los abajo firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

ohhi

ALCALDIA DE MARIALEX, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Sitio/Municipio: Mariales
2. Programa: Atencion integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atencion integral area Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Aseo y manualidades, Actividades fisico-culturel

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Municipio/distrito residencia	Rural	Urbano	Teléfonos	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Si	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella
	Euclides Calcedo	cc	18926169	Bethel		x		x			Mayor a 100	x			x			NO Firma	
	Jose Alberto Goday	cc	3820205	Bethel		x		x			Entre 70 y 75	x			x			JoseGoday	
	Ana Isabel Pacheco Rodriguez	cc	32005941	Bethel		x			x		Entre 70 y 75	x			x			AnaisabelPachecoR	
	Donaldo Riso de la Roja.	cc	13950501	Bethel		x		x			Entre 70 y 75	x			x			NO Firma	
	Inocencia Tijera Rincon	cc	26759572	Bethel		x					Entre 70 y 75	x			x			NO Firma	

Firma del facilitador responsable:

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los abajo/as firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

144

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area Urbana, Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Artes y manualidades, Actividades físico-colfitivi
4. Programa: Atencion integral al adulto mayor
5. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Área	Edades	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Si	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella
	Gladis Pacheco Franco	a	49698864	Bethel		x			x		Mayor de 80 Entre 60 y 65 x Entre 70 y 75 Entre 65 y 69 Entre 60 y 69 Mayor a 100	x				x		No Firma	
	Luis Vidas Diaz.	a	2952114	Bethel		x			x		Mayor de 80 Entre 60 y 69 Entre 70 y 74 x Entre 60 y 69 Entre 60 y 69 Mayor a 100	x			x				
	Esilda Maria Fuentes Pacheco	a	45743290	Bethel		x			x		Mayor de 80 Entre 60 y 69 x Entre 70 y 74 Entre 60 y 69 Entre 60 y 69 Mayor a 100	x				x		No Firma	
	Rodrigo Campo Pimienta	a	73020079	Bethel		x		x			Mayor de 80 Entre 60 y 69 Entre 70 y 74 x Entre 60 y 69 Entre 60 y 69 Mayor a 100	x			x			-Rodrigo	
	Nidia Maria Diaz Londoño	a	22829990	Palmar		x			x		Mayor de 80 Entre 60 y 69 Entre 70 y 74 x Entre 60 y 69 Entre 60 y 69 Mayor a 100	x			x			Nidia	

Firma de la facilitador responsable/o: Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

ALCALDIA DE SOBRE EL BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Estrategia/Proyecto: Mundos
2. Centro de Atención Biogeneralizado de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral área Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-culturel
5. Programa: Atención integral al adulto mayor
6. Fecha DD/MM/AAAA: 30-04-16

Consecutivo	Nombre y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Si	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella
	Biscaida Botello Flores	cc	32006267	Palmar		X			X		Mayor de 60 X	X			X			NO Firma	
	Emilsen de las Mercedes Castro C.	cc	22827582	Palmar		X			X		Entre 70 y 75 X	X			X			Emilsen	
	Daniel Sarmay Salazar	cc	940691	Victoria		X		X			Entre 70 y 75 X	X			X			Daniel Sarmay	
	Etelvina de La Rosa Diaz.	cc	45752608	Victoria		X			X		Mayor de 60 X	X			X			ETElvina	
	Maria de Jesus Nuño de C.	cc	22829878	Victoria		X			X		Mayor de 60 X	X			X			No Firma	

Firma del facilitador responsable:

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (1581 de 2012) y el Decreto (1377 de 2013) que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1443

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Programa: Atención Integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-16
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral área Urbana: medicina general, Nutricionista, Psicología, Aulas y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfonos	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Si	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella
	Tomas Mercado Serpa	CC	73020227	Victoria		X		X			Mayor de 60	X			X			NO FIRMA	
	Enriqueta del Carmen Hernandez	CC	22827796	Victoria		X			X		Mayor de 60	X			X			Enriqueta Hernandez	
	Eseba Barbosa Jimenez	CC	73020693	Centro		X		X			Mayor de 60	X				X			
	Emilia Manrique De Diaz	CC	22829619	Centro		X			X		Mayor de 60	X				X			
	Desideria Delgado De Encinales	CC	22829972	Centro		X			X		Mayor de 60	X			X				

Nombre: [illegible]

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / indigenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

ALCALDÍA DE SORIBELES, BOLÍVAR

Programa Alimentario Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio/Localidad: Soribeles
2. Programa: Alimento integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha dd/mm/aaaa: 30-04-26
5. Modalidad de la Actividad: Jornada de alimento integral para Victoria, Medición general, Hidratación, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/localidad de residencia	Sexo	Edad	Teléfono	Estado civil casa X: Soltero	Casado	Viudo	Rango Etario	Discapacidad: Si	No	No responde	Victima: Si	No	No responde	Firma	Huella
	Dolis Maria Perez Vasquez	a	45743333	Victoria		X			A		Mayor de 60 X		X		X			Dolis M perez vasquez	
	Dofanor Pena Diaz	a	3820232	Centro		X		Y			Entre 70 y 74 X		Y		Y				
	Jose del Carmen Rios Pallares	a	73020394	Centro		X		X			Mayor de 60		X		X				
	Edilfredis Caviedes Diaz	a	22829156	Centro		X			X		Entre 70 y 74 X		X			X		Edilfredis	
	Elisa Isabel Diaz de Acosta	a	22829153	Centro.		X			X		Mayor de 60		X			X			

Firma del facilitador responsable(s):

El uso de los datos aquí tratados se ajustará con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los mecanismos serán utilizados exclusivamente para análisis de estadísticas y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmarán asistencia al uso de fotografías / videos / testigos para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1445

ALCALDIA DE SOACHA (CUNDINAMARCA)

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Modalidad/municipio: Modalidad | 2. Programa: Atención integral al adulto mayor

3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Día | 4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral a los Adultos Mayores: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Área	Urbana	Teléfono	Edad cumplida a 31 de diciembre del año en curso: Sexo: Hombre	Mujer	Otro	Grupo Etario	Desplazamiento: Sí	No	No responde	Víctima: Sí	No	No responde	Firma	Huella
	Alcibiades Cuesta Estrada.	CC	940453	Centro		X		X			Mayor de 60		X			X			
	Magola Maria Gonzalez	CC	21829786	Centro		X			X		X		X			X		Magola Maria	
	Jaime Jesus Rivera Pallares.	CC	3820239	Centro		X		X			X		X			X		Jaime Rivera	
	Pedro Elias Vasquez Molina	CC	33020002	Centro		X		X			X		X			X			
	Nidia Esther Diaz Maneco	CC	57993025	Centro		X			X		X		X			X		Nidia Diaz	

Firma (s) facilitador responsable/delegado: Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Hábeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamientos sobre la atención integral al adulto mayor en el mejoramiento de Salud.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1446

ALCALDIA DE BARRANCAS, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio/Municipio: Barrancas
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral: Valoración general, Nutricional, Psicológica, Física y Rehabilitación, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Distrito residencia	Edad	Género	Teléfono	Rango Edad: marcar una X: Menor de 60	60 y 64	65 y 69	70 y 74	75 y 79	80 y 84	85 y 89	Mayor a 90	Discapacidad: Sí	No	No responde	Víctima: Sí	No	No responde	Firma	Huella
	Jhony Diaz Paez	CC	38220473	Centro		X					X						X		X				
	Edgar Julio Rodriguez Florez	CC	73020096	Centro		X						X					X		X				
	Sebastian Camelo Lozano	CC	1250092	interno		X						X					X			X			
	Rafael Antonio Rossi L.	CC	13937969	Interno		X							X				X			X			
	Leovigildo Chacon Fonseca.	CC	8940255	Interno		X							X				X			X			

Firma del Facilitador responsable(s): Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de estadísticas y complementación sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los jefaturas firmados autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Grado/Modalidad: [illegible]
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Programa: Atención Integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral con Ulcera: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Aseo y mantenimiento, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Nacionalidad/Procedencia	Edad		Teléfono	Sexo			Grupo Etario	Discapacidad			Gestante			Firma	Huella
								Hombre	Mujer	Otro		Si	No	No responde	Si	No	No responde		
	Pedro Antonio Zapata	cc	15363888	Interno				X			Entre 70 y 74 X		X			X			
	Orlando Diaz Gil	cc	3820006	Interno				X			Entre 80 y 84 X		X			X			
	Julio Sobno Lopez Leon	cc	6583394	Interno				X			Entre 75 y 79 X		X			X			
	Luis Olinto Rodriguez Carvajal.	cc	13685012.	Interno				X			Entre 70 y 74 X		X			X			

Firma (s) facilitador responsable: [signature]
Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Estatutaria de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los recolectados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Cesar.

Los abajo firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / huellanos para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1 de 1

ALCALDIA DE BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Alcaldía/Municipio: Bolivar
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area: Enfermeria, Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Adulto y mayor, Actividades fisico-cultural
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Programa: Atencion integral al adulto mayor

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Municipio/Barrio residencia	Rural	Urbana	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: Si	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella
	Rosa Angelica Ogando Paniagua	C	33171218	Centro		X			X		Mayor a 100	X			X			Rosa Ogando	
	Victoriano Antonio Pallares	C	9403 73	Centro		X		X			Mayor a 100	X			X			No Firma	
	Ismael Crespo Mejia	C	3724248	Centro		X		X			Mayor a 100	X			X			NO Firma	
	Luis abdubal Rodriguez Altamar	CE	73020384	Centro		X		X			Mayor a 100	X			X			Luis Rodriguez	
	Manuel Leonel Arango Surmay	CC	3820 458	Centro		X		X			Mayor a 100	X			X				

Firma del facilitador responsable(s):

Nombre:

El uso de los datos está regido de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (Ley 1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías - videos - imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1/1

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Día
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral a los Usuarios: Medico general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo (Hombre / Mujer / Otro)	Grupo Etario	Discapacidad (Si / No / No responde)	Víctima (Si / No / No responde)	Firma	Huella
	Fredesvinda Estor de Rios.	a	23155024	Centro		X		X	Mayor de 100 X	X	X	NO FIRMA	
	Robinson Rodriguez Rodriguez.	a	73020099.	Centro		X		X	Entre 60 y 69 X	X	X		
	Aribis Castro Cabrales	a	36590371	Centro		X		X	Entre 70 y 79 X	X	X	-Aribis Castro	
	Daniel Altamar Hoyos.	a	1731593	Centro		X		X	Entre 80 y 89 X	X	X	NO Firma	
	Manuel Antonio Olivedo Cruz.	a	73020309	Centro		X		X	Entre 70 y 79 X	X	X		

Firma (si facilitador requerido): Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

050 1

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio/localidad: Morales
2. Programa: Atención integral a adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Día
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-09-24
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-culturel

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/distrito residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Salida Isla area 3: Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: SI	Discapacidad: NO	Discapacidad: No responde	Víctima: SI	Víctima: NO	Víctima: No responde	Firma	Huella
	Ana Clara Rodriguez Ascencio.	CC	45743162	Centro		X			X		Mayor a 100 X	X			X			No Firma	
	Mercedes Cantillo Chavez	CC	22829466	Centro		X					Mayor a 100 X	X				X		NO Firma	
	Gerardo Antonio Caballero Diaz	CC	3820095	Centro		X					Mayor a 100 X	X				X		toño ruiñez	
	Delfida Ariza Ponton.		32005342.	Centro		X					Mayor a 100 X	X				X		Delfida Ariza	
	Nory Posada Cruz.		22829794.	Centro		X					Mayor a 100 X	X			X			NO Firma	

Firma del facilitador responsable: Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1541

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Director/Responsable: Alcaldía
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/distrito residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Sí	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Sí	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella
	Nury Jimenez Tirado	CC	22829703			X			X		Mayor de 60	X			X			Nury Jimenez	
	Daniel Serrano Salazar	CC	12576066			X		X			Entre 70 y 79	X			X			Daniel Serrano	
	Doris Garcia Rodriguez	CC	49550086.			X			X		Entre 70 y 79	X			X			NO Firma	
	Lol Estella Rodriguez Garzon	CC	22829506			X			X		Entre 60 y 69	X			X			NO Firma	
	Clio Diaz Aldana	CC	9402490			X		X			Entre 80 y 89	X			X			Clio Diaz Aldana	

Firma del facilitador responsable

Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1452

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para Urbano: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo (Marque con una X)			Grupo Etario	Discapacidad			Víctima			Firma	Huella
								Hombre	Mujer	Otro		Sí	No	No responde	Sí	No	No responde		
	Victoria Chavez		22832373	Centro		X		X			Mayor de 59 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 X Entre 90 y 94 Mayor a 100	X						NO FIRMA	
											Mayor de 59 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 100								
											Mayor de 59 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 100								
											Mayor de 59 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 100								
											Mayor de 59 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 100								

Firma (el facilitador responsable):

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmamos autorizan el uso de fotografías - videos - imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1453

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Aseo y manualidades. Actividades físico-culturel
4. Programa: Atención integral al adulto mayor
5. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/distrito residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Edad cumplida a la fecha			Discapacidad			Victimas			Firma	Huella
								Hombre	Mujer	LGBTI	Grupo Etario	Si	No	No responde	Si	No	No responde	
	Aurora Pallares Rincon	CC	30863011	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 70 y 75 X Entre 80 y 85 Entre 85 y 90 Mayor a 100	X			X			Aurora Pallar	
	Luz Helena de Oro De Barragan	CC	22485910	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 70 y 75 X Entre 80 y 85 Entre 85 y 90 Mayor a 100	X				X		Luz De Oro	
	Jose Manuel Davila Alvarino	CC	9406945	Progreso		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 70 y 75 Entre 80 y 85 X Entre 85 y 90 Mayor a 100	X			X			NO Firma	
	Nelida del Carmen Guzman Cruz	CC	37926666	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 70 y 75 X Entre 80 y 85 Entre 85 y 90 Mayor a 100	X			X			No Firmo	
	Clemente Lerma Padilla	CC	3949706	Progreso		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 70 y 75 X Entre 80 y 85 Entre 85 y 90 Mayor a 100	X			X			Clemente	

Firma (s) facilitador responsable(s):

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el Uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1454

ALCALDÍA DE MORALES, BOLÍVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral área Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Aseo y manualidades, Actividades físico-cultural
4. Programa: Atención integral al adulto mayor
5. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Distrito de residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Edades cumplidas a 31 de diciembre del año en curso				Discapacidad			Víctima			Firma	Huella
								Hombres	Mujer	LGBTI	Grupo Etario	Sí	No	No responde	Sí	No	No responde		
	Merqueades Sanchez	CC	20003542	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Mayor a 85 X	X			X			NO FIRMA	
	Horacio Mojcote Estor	CC	9404089	Progreso		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 90 X	X			X			NO FIRMA	
	Adela Chavez Aldana	CC	22829629	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 90 X	X			X				
	Marta Beatriz Meza Navarro	CC	23037913	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 90 X	X			X			MartaBCM	
	Maria Genoveba Isaza de Cardona	CC	22829957	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Mayor a 90 X	X				X		NO FIRMA	

Firma del facilitador responsable: Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los mismos serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1455

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Etario/Municipio: Morales
2. Programa: Atención integral a adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral área Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades Socio-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Número residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo			Grupo Etario	Discapacidad			Victima			Firma	Huella
								Hombre	Mujer	Otro		Si	No	No responde	Si	No	No responde		
	Gabriel Pallares	CC	5094337	Progreso		X		X			Menor de 59 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100		X		X			Gabriel Pallares, CC	
	Eusebia Pena Garcia	CC	22829384	Progreso		X			X		Menor de 59 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100 X		X		X			NO Firma	
	Sebastiana Sua Vedia Rincon	CC	45775087	progreso		X			X		Menor de 59 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100		X			X		NO Firma	
	Manuel Santiago Diaz Badillo	CC	9906 23	Progreso		X		X			Menor de 59 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 Entre 80 y 89 X Entre 90 y 99 Mayor a 100		X			X		NO Firma	
	Carmen Emilia Orellano de Diaz.	CC	28829643	Progreso		X			X		Menor de 59 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100		X			X		NO Firma	

Firma (s) Facilitador responsable(s)

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los abajo firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1456

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa: Atención integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Usuario/Municipio: Morales

2. Programa: Atencion integral al adulto mayor

3. Centro de atención Responsable de la actividad: Centro Vida

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atencion integral area urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Ayudas y movilidades, Actividades fisico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: Si	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella
	Ramon Olivero Diaz	cc	73020737	Progreso		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 70 y 75 Entre 80 y 85 Entre 85 y 90 Mayor a 100 X	X			X			Ramon olivero	
	Emilia Isabel Cuzudo	cc	26011262	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 70 y 75 Entre 80 y 85 Entre 90 y 95 Mayor a 100 X	X				X		No Firmo	
	Zoila Rodriguez Hernandez	cc	22528115	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 70 y 75 Entre 80 y 85 Entre 90 y 95 Mayor a 100 X	X				X		Zoila R	
	Magalys Esther Coro	cc	32503983	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 70 y 75 Entre 80 y 85 Entre 90 y 95 Mayor a 100 X	X				X			
	Rosa Helena Diaz	cc	22529688	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 70 y 75 Entre 80 y 85 Entre 90 y 95 Mayor a 100 X	X				X		ROSA ED	

Firma del facilitador responsable(s)

Nombre

El uso de los datos será basado en el artículo 4 de la Ley Colombiana de Habeas Data (Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1454

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-culturales

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Distrito residencia	Rural	Urbano	Teléfonos	Sexo (Hombre)	Sexo (Mujer)	Sexo (LGTI)	Grupo Etario	Discapacidad (Si)	Discapacidad (No)	Discapacidad (No responde)	Víctima (Si)	Víctima (No)	Víctima (No responde)	Firma	Huella
	Deyanira chavez de Palencia	cc	22829709	Progreso		X			X		Mayor a 100	X				X		Deyaniracha	
	Jorge Zayas Freja	cc	3819139	Progreso		X		X			Mayor a 100	X			X			NO Firma	
	Fransisco Manuel Acosta Leon	cc	9129757	Progreso		X		X			Mayor a 100	X				X		NO Firma	
	Dimas Badillo Ceijar	cc	940805	Progreso		X		X			Mayor a 100	X				X		NO Firma	
	Esperanza chaparro	cc	28296164	Progreso		X			X		Mayor a 100	X				X		Esperanza	

Firma del facilitador responsable(s)

Nombre

El uso de los datos está limitado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamientos sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Sucre.

Los abajo firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1458

ALCALDIA DE MONKILOS, BOLIVAR

Programa: Atención integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Fecha/Municipio: Monkilos

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Ambito de la Actividad: Jornada de atención integral area Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-culturo

4. Programa: Atencion integral al adulto mayor

5. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio de residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupos Etario	Discapacidad: SI	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: SI	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella
	Clementina Chavez Chavez	C.C	28084948	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 70 y 74 Entre 80 y 84 Entre 90 y 94 Mayor a 100 X	X				X		NO Firmo	
	Jose Raul Benitez Lopez	C.C	3644325	Progreso		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 75 y 79 Entre 85 y 89 X Entre 90 y 94 Mayor a 100	X				X			
	Carmen Elena Caudes	C.C	22829749	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 65 y 69 Entre 75 y 79 X Entre 85 y 89 Entre 95 y 99 Mayor a 100	X			X				
	Ventura Estrada Vasquez	C.C	2763857	Progreso		X		X			Mayor de 60 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 X Entre 85 y 89 Entre 95 y 99 Mayor a 100	X				X			
	Diselina Orellano Gonzales	C.C	45793273	Progreso		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 64 Entre 70 y 74 Entre 80 y 84 X Entre 90 y 94 Mayor a 100	X				X		NO Firmo	

Firma (si facilitador responsable):

Nombre:

El uso de los datos está basado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio: Nombre
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Aseo y mensajeros. Actividades fisico cultural
5. Programa: Atención Integral al adulto mayor
6. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Distrito residencia	Zona	Urbano	Fecha/sec	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: Si	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella
	Elucina de la Rosa Diaz.	cc	22829592	Progreso		x			x									ELUCINA	
	Felix Manuel Villafañe	cc	9406946	Progreso		x		x			x	x			x			No firma	
	Carmen Rosa Ramirez Ruiz	cc	30883097	Angelin		x			x		x	x			x			No firma	
	Daniel Florez Mauriello	cc	73245012	Angelin		x		x			x	x			x			No firma	
	Rosalba Moncada Rios	cc	45793117	Angelin.		x			x		x	x			x			Rosalba M	

Firma (o) facilitador (a) responsable(s)

Nombre

El uso de los datos será basado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolivar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1460

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Programa: Atencion integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-16

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Aseo y mensualidades, Actividades físico cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Perd	Líderes	Celulares	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: Si	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella
	Escolastica Robles Zatuain	cc	22829668	Angeles		x			x		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 70 y 75 X Entre 80 y 85 Entre 90 y 95 Mayor a 100	x			x			NO Firmo	
	Eusebio Robles Zetuain	cc	18918337	Angeles		x		x			Mayor de 60 Entre 60 y 65 X Entre 70 y 75 Entre 80 y 85 Entre 90 y 95 Mayor a 100	x			x			NO Firmo	
	Flor Maria Ramirez Ruiz	cc	30893049	Angeles		x			x		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 70 y 75 X Entre 80 y 85 Entre 90 y 95 Mayor a 100	x			x			NO Firmo	
	Fraccedes Torres Gonzalez	cc	26787829	Angeles		x			x		Mayor de 60 Entre 60 y 65 X Entre 70 y 75 Entre 80 y 85 Entre 90 y 95 Mayor a 100	x			x			Fraccdes T	
	Gloria Rueda	cc	40512005	Angeles		x			x		Mayor de 60 Entre 60 y 65 X Entre 70 y 75 Entre 90 y 95 Entre 90 y 95 Mayor a 100	x			x			Gloria	

Firma (s) facilitador responsable(s):

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolivar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / testigos para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

ALCALDIA DE BOSALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio/localidad: Bosales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro UDS
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Arte y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/distrito residencia	Rural	Urbano	Teléfonos	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Si	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella
	Rafael Ortega Luna	CC	73020259	Angelcs		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100	X			X			NO Firmo	
	Herminda Paez Renoga	CC	45775512	Angelcs		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100	X			X			Herminda P	
	Ricardo Badillo Rodriguez	CC	34525910	Manu Auxiliatura		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100	X			X			NO Firmo	
	Fernanda Zayas	CC	45775069	Manu Auxi		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100	X				X		NO Firmo	
	Ana Elvira Hernandez Gonzales.	CC	45793249	Manu Aux		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 69 X Entre 70 y 79 Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100	X						conduzca	

Firma (s) facilitador responsable(s):

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana no Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Nombre/Cuadrante: Nombre

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral tres Unidas, Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Sexo	Edad	Teléfono	Salud Con qué S: Ayuda (Muletas, Bastón, Silla de ruedas, Otra)			Discapacidad (Si, No, No responde)			Alcohol (Si, No, No responde)			Firma	Huella
								Muletas	Bastón	Otra	Cuál	Si	No	No responde	Si	No	No responde		
	Francelina Canizares Duran.	C	9496971912	Maria Auxiliadora		X			X		Mayor de 80 X Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100	X			X				
	Reinaldo Duarte Ahman	C	1891119	Maria Auxi		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 Entre 80 y 89 X Entre 90 y 99 Mayor a 100	X			X				
	Ana Gabina Cruzado Pacheco	C	22832333	Maria Auxi		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 X Mayor a 100	X			X			NO Firmo	
	Ana Isabel Valle Mejia	C	30863038	Maria Auxi		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100	X			X			NO Firmo.	
	Maria Agustina Ballestero P.	C	30874234	Maria Auxi.		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100	X			X			NO Firmo	

Firma (s) facilitador responsable(s)

Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes Si/ nombre autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

148

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Programa: Atencion integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atencion integral area Ludica, Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Artes y manualidades, Actividades fisico cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Rural	Edades	Teléfonos	Sexo: Hombres	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: Si	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella
	Bernabela Rodriguez Rodriguez	cc	33197952	Morq Auxiliadora		x			x		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 Entre 76 y 80 Entre 81 y 85 Mayor a 100 x		x			x		BernabelaR	
	Catalina Campo Campo	cc	45775094	Morq Auxiliadora		x			x		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 Entre 76 y 80 Entre 81 y 85 Mayor a 100 x	x			x			no firma	
	Edorita Sanchez Cardenas	cc	45775251	Morq Auxiliadora		x			x		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 Entre 76 y 80 Entre 81 y 85 Mayor a 100 x	x			x			Edorita	
	Eduardo Moncada Rios	cc	3820286	Morq Auxiliadora		x		x			Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 Entre 76 y 80 Entre 81 y 85 Mayor a 100 x	x			x			Eduardo Moncada.	
	Ledis Epifania Piolo Rodriguez	cc	21930912	Morq Auxiliadora		x			x		Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 Entre 76 y 80 Entre 81 y 85 Mayor a 100 x	x			x			no firma	

Firma los facilitadores responsables:

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1464

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Direccion/Localidad: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Programa: Atención integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area Unipar, Medicina general, Odontología, Psicología, Actos y Habilidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Ocupación/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo (Señale con una X)			Grupo Etario	Discapacidad			Víctima			Firma	Huella
								Hombre	Mujer	Otro		Sí	No	No responde	Sí	No	No responde		
	Maria de Jesus Rodriguez Hoyos	CC	45774968	Maria Auxiliadora		X		X			Mayor de 60 X	X			X			NO Firma	
	Rosa Maria Hernandez Colmenares	CC	1052186424	Maria Auxiliadora		X			X		Mayor de 60 X	X			X			NO Firma	
	Maria Sanchez de Peña	CC	45743022	Maria Auxiliadora		X			X		Mayor de 60 X	X			X			Maria d	
	Victor Manuel Sambrano Palencia	CC	19845005	Maria Auxiliadora		X		X			Mayor de 60 X	X			X			NO Firma	
	Victor Manuel Belento Elles.	CC	19830063	Maria Auxiliadora		X		X			Mayor de 60 X	X			X			NO Firma	

Firma del facilitador responsable: Nombre:

El uso de los datos será habeas de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.
Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / huellanos para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1465

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio/Localidad: Morales

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Programa: Atención integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral área Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-culturales

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Si	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella
	Carlos Julio Pallares	cc	3820244	Morales Auxiliadora		X		X			Mayor de 90	X			X			NO FIRMO	
	Manuel Santiago Diaz Meneses	cc	3820303	Morales Auxiliadora		X					Entre 80 y 85	X			X			Manuel Santiago	
	Nuris Maria Barboza Jimenez	cc	22829663	Morales Auxiliadora		X					Entre 80 y 85	X			X			Nuris Barboza	
	Celinda Delgado Cruz	cc	22829974	Morales Auxiliadora		X					Entre 80 y 85	X			X			Celindo	
	Maria Celina Guerrero Pallares	cc	49651812	Morales Auxiliadora		X					Entre 80 y 85	X			X			NO FIRMO	

Firma (s) facilitador responsable(s)

Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Hábeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de incidencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los artefactos (Cuartillas adicionar el uso de fotografías / videos / holgrama) para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1946

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Programa: Atención integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area: Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo			Grupo Etario	Discapacidad			Víctima			Firma	Huella
								Hombre	Mujer	Otro		Sí	No	No responde	Sí	No	No responde		
	Olga Elena Zabala Jimmez	CC	22829719	Oasis		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100	X			X			OLGA	
	Ana Dolores Cuesta Estrada	CC	22829612	Oasis		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100	X			X			NO FIRMA	
	Eliseo Rivera Jimenez	CC	3920382	Oasis		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100	X			X			NO FIRMA	
	Epifania Quintanez Ibañes	CC	1048992079	Oasis		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 Entre 80 y 89 X Entre 90 y 99 Mayor a 100	X			X			NO FIRMA	
	Felicita Caballero Benavides.	CC	30833008	Oasis		X			X		Mayor de 60 Entre 60 y 69 Entre 70 y 79 X Entre 80 y 89 Entre 90 y 99 Mayor a 100	X			X			NO FIRMA	

Firma del facilitador responsable(s)

Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos...indígenas para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1 de 1

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Club/Su Municipio: Oasis

2. Programa: Cuerpo integral al adulto mayor

3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

4. Fecha (DDMMAAAA): 30-09-26

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral área Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural.

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/distrito residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo (Señale con una X)			Grupo Etario	Discapacidad			Víctima			Firma	Huella
								Hombre	Mujer	Otro		Si	No	Sin respuesta	Si	No	Sin respuesta		
	Gabriel Cruz Pacheco	CC	3320987	Oasis		X		X			Mayor de 60 Entre 60 y 65 Entre 71 y 75 Entre 80 y 85 Entre 90 y 95 Mayor a 100 X		X		X			NO FIRMA	
	Isidora Estrada Herrera	CC	29011277	Oasis		X			X		Mayor de 60 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 X Entre 80 y 85 Entre 86 y 90 Mayor a 100		X		X			NO FIRMO	
	Jesus Maria Comas	CC	73020 218	Oasis		X		X			Mayor de 60 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 X Entre 80 y 85 Entre 86 y 90 Mayor a 100		X		X				
	Leonalda Padilla Muñoz	CC	26736672	Oasis		X			X		Mayor de 60 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 Entre 80 y 85 X Entre 86 y 90 Mayor a 100		X		X			NO FIRMO	
	Leovigilda Betoma Ellis	CC	22829598	Oasis		X			X		Mayor de 60 Entre 66 y 70 Entre 71 y 75 Entre 80 y 85 X Entre 86 y 90 Mayor a 100		X		X			NO FIRMO	

Firma del facilitador responsable(s): Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los abajo firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1468

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Programa: Atencion integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 30-04-26.
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atencion integral area Urbana: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Artes y manualidades, Actividades físico-culturales

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Municipio/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfonos	Sentado como usa: Bastón	Silla de ruedas	Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victimas: Si	Victimas: No	Victimas: No responde	Firma	Huella
	Mariano Alfaro Sanchez	C	9310 16	Oasis		X		X			Entre 65 y 69	X			X			NO firmo	
	Daniel Rojas Saavedra	C	91422008	Oasis		X		X			Entre 70 y 74	X			X			Daniel ROJAS	
	Leonor Gomez Gonzalez	C	26764925	Oasis		X			X		Entre 70 y 74	X			X			NO firmo	
	Margarita Jimenez Castaño.	C	45743742	Oasis		X			X		Entre 65 y 69	X			X			Margarita	
	Sabas Manuel Salazar Bruzuelo	C	73021253	Oasis.		X		X			Mayor a 100	X			X				

Firma del facilitador responsable(s):

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los abajofirmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1468

15/04/2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Sexo	Edad	Teléfono	Genero			Rango Etario	Discapacidad			Víctima			Firma	Huella	Observaciones
								Hombre	Mujer	Otro		Si	No	No Informado	Si	No	No Informado			
	Abel Torres Peña	C.C	3820231	La Palma	X			X					X			X		Abeltorres		
	Agustin Contreras Jimenez	C.C	3820094	La Palma	X			X				X			X					
	Alba Rosa Campo Ramirez	C.C	22827280	La Palma	X				X				X		X					
	Antonia Pacheco	C.C	30858030	La Palma	X				X				X		X			Antonio		
	Carlina Velasquez de Peña	C.C	22827279	La Palma	X				X				X		X					

Firma [illegible] Gina Fernanda

ALCALDIA DE BARALT, BOLIVAR

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Eje/Modalidad/Línea: Salud

2. Centro de Atención Responsable de la Actividad: Casa Viva

3. Programa: Atención integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 15/04/2026

6. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral con medico, Medicina general, Nutricionista, Psicología, Aseo y vacunación, Actividades intramurales

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Municipio con residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Rango de edad: Genero	Rango de edad: Mujer	Rango de edad: Otro	Rango de edad: Grupo Etario	Ocupacionalidad: Si	Ocupacionalidad: No	Ocupacionalidad: No responde	Victimas: Si	Victimas: No	Victimas: No responde	Firma	Huella	Observaciones
	Felix Jimenez Peña	C.C	3819979	La Palma	X			X								X		Felix Jimenez Peña		
	Edilma Estar Campo	C.C	26794807	La Palma	X				X							X		Edilma		
	Esilda Maria Fonseca Pacheco	C.C	30858001	La Palma	X				X			X			X					
	Facundo Campo Ramirez	C.C	3820043	La Palma	X			X				X			X					
	Georgina Contrera Jimenez	C.C	22827289	La Palma	X				X			X			X					

Firma del facilitador responsable: Gina Fernandez F

Nombre

El uso de los datos aquí indicado se acuerda con la ley Colombiana en relación Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los considera como sensibles exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de su sistematización y procesamiento de sus resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1 de 1

ALCALDIA DE BARRANQUILLA, DISTRITO ESPECIAL

Programa Atención Integral a Adultos Mayores

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Modalidad/Tipología: Diurno

2. Programa: Atención Integral al adulto mayor

3. Centro de Atención Responsable de la Actividad: Centro Vida

4. Fecha(DD/MM/AAAA): 15/04/2026

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para adultos mayores: Medicina general, Valoración Psicológica, Artes y manualidades, Actividades físico-recreativas

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de Documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Sexo	Edad	Teléfono	Estado civil / Nivel S									Firma	Huella	Observaciones
								Unión libre	Casado	Viudo	Grupo Sanguíneo	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Discapacidad No reportado	Victima SI	Victima NO	Victima No reportado			
1	German Emilio Nieto Peña	C.C	1048992075	La Palma	X			X							X					
2	Ines Mejia de Lozano	C.C	22829582	La Palma	X				X						X			Ines Mejia		
3	Ines Maria Campo Pimienta	C.C	45796001	La Palma	X				X						X			Ines m Campo		
4	Jorge Elias Jalkh Peña	C.C	5096039	La Palma	X			X							X			JORGE ELIAS JALKH		
5	Lorenza Campo Garcia	C.C	22829515	La Palma	X				X						X					

Firma del Facilitador responsable: Gina Fernanda F.

El uso de los datos está sujeto a lo establecido en la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y consejería basada sobre la atención integral al adulto mayor en el Distrito de Barranquilla.

Los diferentes formatos incluidos en el uso de Bitácoras / Actas / Asistencia para diseño de la caracterización y georreferenciación de la vulnerabilidad en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1741

ALCALDIA DE MOMPÓS, BOLÍVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Grupo/Modalidad/Lugar: Mendoza

2. Nombre de Atención Responsable de la Actividad: Centro Vida

3. Programa: Atención integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 15/04/2026

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para mayores: Medicina general, Homeopatía, Psicología, Artes y manualidades, Actividades Socio-culturo

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda/ cabecera	Perd	Ofrece	Teléfono	Estado civil: S								Firma	Huella	Observaciones
								Soltero	Viudo	Casado	Grupo Etnico	Discapacidad: SI	Discapacidad: NO	Discapacidad: No respondio	Victima: SI	Victima: NO	Victima: No respondio			
	Martha Beatriz Lozano Contrera	CC	46796002	La Palma	X				X				X		X					
	Modesta Elelvina Fonseca Pacheco	CC	22829516	La Palma	X				X				X		X					
	Jose del Carmen Peña Garcia	CC	19845026	La Palma	X			X					X		X					
	Rigoberto Campo Ramirez	CC	19895059	La Palma	X			X					X		X					
	Felipa Cardeño Peña	CC	22916589	La Palma	X				X				X		X					

Firma (s) facilitador responsable(s): Gina Fernandez F

Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los facilitadores serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes Entienden autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1/2

ALCALDIA DE BOSALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio: Bosales
2. Programa: Atención Integral al Adulto Mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: CASCO VIEJO
4. Fecha: 15/09/2026
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para adultos mayores: Medicina general, Valoración nutricional, Psicología, Artes y comunicación, Actividades físico-recreativas

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda/Barrio	Sexo		Edad	Teléfono	Salud con dos X			Discapacidad			Victima			Firma	Huella	Observaciones
					F	M			Diabetes	Hipertensión	Grupo Etario	Sí	No	No responde	Sí	No	No responde			
	Sixta Julia Peña Fonseca	C.C	22829577	La Palma	X					X	Mayor a 100	X			X					
	Aniano Romero Peña	C.C	3820437	La Palma	X				X		Entre 70 y 79	X			X					
	Aurelia Campo Herrera	C.C	30858019	La Palma	X					X	Entre 70 y 79		X		X			Aurelia		
	Lorenza Maria Priolo Polo	C.C	34991405	La Palma	X					X	Entre 70 y 79		X		X			Lorenza Priolo		
	Julia Isabel Olivero Peña	C.C	22829583	La Palma	X					X	Entre 70 y 79		X		X			Julia Ol		

Nombre facilitador (en mayúsculas): Gina Fernandez

El envío de estos datos está sujeto a lo establecido en la Ley Estatutaria de Hábeas Data (Ley 1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los mecanismos para ejercer los derechos a conocer, actualizar y rectificar la información recogida en sus respectivas bases de datos.

Los asistentes tienen derecho a solicitar una copia de fotografías, videos, grabaciones y demás piezas de la documentación y presentadas en las actividades en el marco de la política pública de atención integral al adulto mayor.

1634

ALCALDIA DE SORA DEL BOLIVAR

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Cabecera Municipal: _____ Barrio: _____ 2. Programa: Atención Integral al Adulto Mayor

3. Centro de Atención Responsable de la Actividad: _____ Fecha Inicio: _____ 4. Fecha(DD/MM/AAAA): 15/09/2026

5. Tiempo de la Actividad: _____ Temática: Atención integral para adultos mayores: Medicina general, Fisioterapia, Psicología, Área y enfermedades, actividad física, lúdico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda/Barrio/Urbanización	Edad	Celular	Telefonos	Estado nutricional: Bajo peso	Normal	Sobre peso	Grupo Etario	Otra condición: Si	No	No responde	Victimas: Si	No	Firma	Huella	Observaciones
	Olga Canales	C.C	37315629	La Palma	X				X		1		X		X		Olga Canales		
	Carlos Campo Garcia	C.C	5591375	La Palma	X			X					X		X				
	Maria Bernarda Moreno Noriega	C.C	95743989	Vereda Caravita	X				X		1				X		MARIA		
	Bernardina Vasquez Castañeda	C.C	22832985	Vereda Caravita	X				X		1				X				
	Daniel Pimienta Lara	C.C	3820962	Vereda Caravita	X			X			1				X				

Firma del facilitador responsable(s): Gina Fernanda F

Nombre

El uso de los datos aquí listados de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los mecanismos para efectuar consultas (por medios de habeas data) y reclamaciones sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los infrascritos (Nombres indicados al inicio de) Fotografías: Usamos imágenes para efectos de la caracterización y presentación de los resultados en el marco de la política departamental de atención integral al adulto mayor.

1/1

ALCALDIA DE SORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO UNICO DE ASISTENCIA

1. Dirección/Barrio/Vda: _____ Fecha: _____

2. Programa: Atención Integral al adulto mayor

3. Encargado de Atención Responsable en la actividad: _____ Cargo: Alla

4. Fecha: 15/09/2026

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral en salud, Medicina general, Odontología, Psicología, Área y comunitarios, Laboratorio toma de muestras

Consecutivo	Nombres y Apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda/Localidad	Área	Urbano	Teléfono	Datos clínicos: Zona (Hombre, Mujer, DIU)	Grupo Etario	Presión arterial (N, Alt, No realizado)	Glicemia (N, Alt, No realizado)	Firma	Huella	Observaciones
	Jose de la Cruz Romero Campuzano	C.C	19845052	Vereda Caravita	X			X				X		
	Jose de la Cruz Campo Herrera	C.C	3819338	Vereda Caravita	X			X				X	Yosed. Cdz	
	Jose Manuel Zambrano Pimienta	C.C	19845101	Vereda Caravita	X			X				X	José m. 2.	
	Rosalba Torrejano Galvan	C.C	39019378	Vereda Caravita	X			X				X		
	Serafina Jimenez Flores	C.C	22829418	Vereda Caravita	X			X				X	Serafina	

Firma (s) facilitador responsable: GinaFernandaF

El uso de los datos aquí tratados se acoge a lo establecido en la Ley Estatutaria de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de estadísticas e investigaciones sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de imágenes / videos / fotografías para efectos de la sistematización y presentación en los informes de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1 de 1

ALCALDÍA DE MEDELLÍN, MILAGRO

Programa Atención Integral a Adulto Mayor
FORMATO UNICO DE ASISTENCIA

1. Unidad/Grupo: Virtual

2. Programa: Atención integral a adulto mayor

3. Centro de Atención Más cercano de la comunidad: CAM VITA

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 15/09/2026

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral a los adultos: Medicina general, Odontología, Psicología, Baile y esparcimiento, Actividad Física cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Comuna residencia	Sexo	Edad	Teléfono	Estado nutricional: Bajo peso	Estado nutricional: Normal	Estado nutricional: Obesidad	Vacunas: Si	Vacunas: No	Firma	Huella	Observaciones
	Luis Santiago Torres Peña	C.C	5088122	Vereda Caravita	X			X			X		LUIS TORRE		

Firma en formato manuscrito: Gira Fernanda F

El uso de los datos está basado en acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (Ley de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente como análisis de tendencias y seguimiento para la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Las palabras frecuentes asociadas al uso de fotografías / videos / imágenes para difusión en la cotidianidad y promoción de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral adulto mayor.

1 de 1

ALCALDIA DE MONIQUIRA, BOYACA

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio/Localidad: Moniquira

2. Programa: Atencion integral al adulto mayor

3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 15/04/2026

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atencion integral area rural: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Odon y manualidades, Actividades fisico-culturales

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Rango etario			Discapacidad			Victima			Firma	Huella	Observaciones
								Hombre	Mujer	Otro	Si	No	No responde	Si	No	No responde			
1	Carlos Anibal Pacheco cuzado	CC	3820370	La Esmeralda	X		3217408637	X				X		Y			Carlos Pacheco		
2	Etilvia Chavez Bedillo	CC	22829968	La Esmeralda	X		3168336 09		X			X		Y			Etilvia Ch		
3	Francisco Campo Garcia	CC	940689	La Esmeralda	X		3227158084	X				Y			X		NO Firma		
4	Mercedes Campo Lerma	CC	45743798	La Esmeralda	X		3233498721		X			X			Y		mercedes		
5	Israel Gonzales Pallares	CC	3820407	La Esmeralda	X		3103590951	X				X		Y			Israel GP		

Firma del facilitador responsable: Paola M. Estupiñan

Nombre

El uso de los datos está sujeto a lo establecido en la Ley Estatutaria de Habeas Data (1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Boyacá.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de su sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1 de 2

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Departamento/municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la ACTIVIDAD: Jornada de atención integral adulto mayor: Medicina general, Nutricionista, Fisioterapia, Odontología y Actividades lúdico-culturales
4. Programa: Atención integral al adulto mayor
5. Fecha (DD/MM/AAAA): 15/04/2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Sexo F	Sexo M	Teléfono	Edades (con corte a 31 de diciembre de 2026)				Discapacidad			Víctimas			Firma	Huella	Observaciones
								Nacidos	Más de 60 años	Más de 80 años	Grupo Etario	Sí	No	No responde	Sí	No	No responde			
6	Gregoria Cardenas Amaris	C.C	22991578	La Esmeralda	X		3137863960		X			X				X		NO Firma		
7	Victor Julio Gonzalez de la Rosa	C.C	73020154	La Esmeralda	X		312 213 2770	X					X							
8	Delcy Del Rosario Perez Saya	C.C	23148538	La Esmeralda	X		3001544522		X				X		X			DELSI		
9	Benjamin Diaz Estrada	C.C	73020059	La Esmeralda	X		3118188881	X					X			X				
10	Manuel Robles Molano	C.C	73022058	La Esmeralda	X		3016679193	X					X		X			NO Firma		

Primer(a) facilitador(a) responsable: Paola M Estupiñan Morales

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de la atención y corresponderán sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación a los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

9454

ALCALDIA DE MOMPOS, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Alcaldía/Entidad origen: Mompos

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para mayores: Medicina general, Nutrición, Psicología, Visita y necesidades, Actividades físico-culturales

3. Programa: Atención integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 15/04/2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Barrio residencia	Sexo	Edad	Teléfono	Rango Edad (en años)			Grupo Étnico	Discapacidad			Victima			Firma	Huella	Observaciones
								Hombre	Mujer	Otro		Si	No	No responde	Si	No	No responde			
11	Luz Miriam Vides Salas	C.C	45743312	La Esmeralda	X		No Tiene		X		Mayor de 60 X		X		X			Luz Miriam		
12	Belisa Isabel Badillo Gonzales	C.C	22829861	La Esmeralda	X		3145296740		X		Mayor de 60 X		X			X		Belisa B		
13	Graciela Maria Pedrozo Pallares	C.C	45743013	La Esmeralda	X		3127601830		X		Mayor de 60 X		X		X			Graciela PP.		
14	Casimira Pallares Zayas	C.C	45743299	La Esmeralda	X		3217478651		X		Mayor de 60 X		X		X			Casimira P Z		
15	Maximino Pallares Pallares	C.C	3820037	La Esmeralda	X		3116565938	X			Mayor de 60 X		X		X			Maximino		

Nombre: Paola M. Estupiñan

El uso de los datos aquí tratados se ajustará a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para el fin de la actividad y corresponderán sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1480

ALCALDIA DE MINAS EL DORADO

Programa Atención Integral a Adulto Mayor

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Ciudad/Municipio: _____ Barrio: _____

2. Nombre de Asesinato Responsable de la actividad: _____ Centro Vida: _____

3. Programa: Atención integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 15/04/2026

6. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral cinco (cinco): Medicina general, Odontología, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Fecha de nacimiento / Edad cumplida	Sexo M	Sexo F	Teléfono	Estado civil (una X): Soltero	Casado	Unión libre	Viuda	Grupo Étnico	Discapacidad: SI	Discapacidad: NO	Discapacidad: No responde	Víctima: SI	Víctima: NO	Víctima: No responde	Firma	Huella	Observaciones
16	Emil jose Gonzalez Pallares	C.C.	73020689	La Esmeralda	X		3244507356	X				Menor de 60 / Entre 60 y 69 X / Entre 70 y 79 / Entre 80 y 84 / Entre 85 y 89 / Mayor a 100		X		X			Emil Gonzalez		
17	Aristides Cardoza Campo	C.C.	3930755	La Esmeralda	X		3242445125	X				Menor de 60 / Entre 60 y 69 X / Entre 70 y 79 / Entre 80 y 84 / Entre 85 y 89 / Entre 90 y 99 / Mayor a 100		X		X			Aristides Cardoza		
18	Maria Enedies Diaz chavez	C.C.	22829495	La Esmeralda	X		3145381860		X			Menor de 60 / Entre 60 y 69 / Entre 70 y 79 / Entre 80 y 84 / Entre 85 y 89 / Entre 90 y 99 / Mayor a 100		X			X		NO Firma		
19	Omaira Maria Hostia cabarca	C.C.	45743178	La Esmeralda	X		3145381860		X			Menor de 60 X / Entre 60 y 69 / Entre 70 y 79 / Entre 80 y 84 / Entre 85 y 89 / Entre 90 y 99 / Mayor a 100		X		X			Omaira H		
20	Olga Rosa Gonzalez de la Rosa	C.C.	45743343	La Esmeralda	X		3015105583		X			Menor de 60 / Entre 60 y 69 X / Entre 70 y 79 / Entre 80 y 84 / Entre 85 y 89 / Entre 90 y 99 / Mayor a 100		X		X			Olga R G.		

Firma (s) facilitador (es) responsable (s): Paola M. Estupiñan.
Nombre

El uso de los datos está sujeto al acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la PROTECCIÓN de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en la organización de Salud.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de fortalecimiento y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO ESTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para adultos: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico cultural

4. Programa: Atención integral al adulto mayor

5. Fecha (DD/MM/AAAA): 15/04/2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Sexo M	Sexo F	Teléfono	Estado nutricional: Normal	Estado nutricional: Riesgo	Estado nutricional: Bajo peso	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: Sin respuesta	Victima: Si	Victima: No	Victima: Sin respuesta	Firma	Huella	Observaciones
21	Jose maria Chavez Bayona	CC	1730980	La Esmeralda	X		3012485145	X				X			X		José maria Ch		
22	Gabriela Florez Pallares	CC	30863046	La Esmeralda		X	3104659023		X			X			X		GabrielaFlorezP		
23	Rufino Antonio Perez Pacheco	CC	3820316	La Esmeralda	X		3126283933	X			X				X		Rufino		
24	Dario Zayas Pallarez	CC	5044559	La Esmeralda	X		3215380282	X				X			X				
25	Maida Beleño Corderas	CC	23074879	La Esmeralda		X	3137863960		X			X			X		MaidaB		

Firma (o huella) del facilitador (encuestador): Ruth M. Estopiñan

Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Estatutaria de Habeas Data (Ley 1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013, que reglamentan la Protección de datos personales, y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento para la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores formatos autorizan el uso de fotografías / videos / testigos, para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

ALCALDIA DE MAHATES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Clinica/Municipio: Mahates

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Nombre de la actividad: Jornada de atención integral a los adultos: Medicina general, Odontología, Psicología, Aseo y manualidades, Actividades físico-cultural

4. Programa: Atención integral al adulto mayor

5. Fecha (DD/MM/AAAA): 16-04-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Ciudad/Municipio/Zona de residencia	Sexo F	Sexo M	Teléfono	Estado civil: Viudo	Estado civil: Casado	Estado civil: Unión libre	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No suministra	Víctima: Si	Víctima: No	Víctima: No suministra	Firma	Huella	Observaciones
	Candelario Jimenez Puerta.	CC	18410155	Palmarito.	X			X					X							
	Maria Magdalena Hernandez	CC	45743594	Palmarito	X				X				X							
	Samuel Rodriguez Martinez	CC	38 19507	Palmarito	X			X					X							
	Cecilia Lagona Estrada	CC	26764415	Providencia	X			X					X							
	Nicolasa Florez Valle	CC	26793176	Providencia	X			X					X							

Firma del facilitador responsable:

El uso de los datos está regido de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los mismos serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmarán autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1483

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Alcalde/Municipio
2. Centro de Atención Responsable de la actividad — Nombre: — Centro Vida
3. Programa: Atencion integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 16-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atencion integral a los adultos: Medicina general, Odontología, Psicología, Risas y manualidades, Actividades físico-culturel

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de identificación	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Pobre	Unidos	Teléfono	Pobreza extrema nivel 2: Victima			Discapacidad			Victima			Firma	Huella	Observaciones
								Hombre	Mujer	Otro	Grupo Etario	SI	SI	No responde	SI	SI	No responde			
	Pedro Elias Rios.	CC	1731013	Providencia	X						Mayor a 100		X							- -
	Alberto Marrugo	CC	19787008	Providencia	X			X					X					No Firma.		
	Manuel Segundo Carbonero Zarza	CC	5709488	Porvenir	X			X					X							- -
	Martin Alfaro Barbosa	CC	3820136	Porvenir	X			X					X							
	Palmira Maria Alfaro	CC	26765367	Porvenir	X			X				X	X							Discapacidad Fisica y mental

Firma del facilitador responsable

Nombre

1424

El uso de los datos está bajo el marco de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el Departamento de Bolívar.

Las anteriores firmas/huellas autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Dimensión/Modalidad: Diarios
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral extra mural: Medicina general, Fisioterapia, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-culturales
4. Programa: Atención integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 16-04-16

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Nivel	Grado	Teléfonos	Edades con corte a								Firma	Huella	Observaciones
								Sexo			Grupo Etario	Discapacidad			Victima					
								Hombre	Mujer	Otro		SI	NO	No responde	SI	NO	No responde			
	Narciso Arboleda Florez	CC	3820184	Diamante		CC		X			Mayor a 100	X								
	Daniel Sosa Bello	CC	5029452	Diamante		CC		X					X							
	Ludis Maria Curado	CC	26766023	Diamante		CC		X					X					Ludis M Curado		
	Luciana Barbosa Rodriguez	CC	26764721	Diamante		CC			X				X							
	Amanta Tolia Barbosa	CC	22829587	Diamante		CC			X				X							

Firma de la facilitador responsable(s):

El uso de los datos aquí tratados de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para estudios de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías - videos - imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

185

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Programa: Atención integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 16-09-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area cuidado: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Ines y manualidades, ACTIVIDAD fisico cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/vereda/barrio residencia	Edad		Teléfono	Sexo			Grupo Etario	Discapacidad			Victimas			Firma	Huella	Observaciones
								Masculino	Hembra	Otro		Si	No	No responde	Si	No	No responde			
	Fredy Alberto Alborado	CC	3822014	Diamante	x			x				x						No firma		
	Julio Barbosa Rodriguez	CC	1731300	Diamante	x			x					x					No Firma		
	Ines Laguna Estrada	CC	22827606	Diamante	x				x				x					No Firma		
	Martina Barbosa Rodriguez	CC	49669676	Diamante	x				x			x			x			No Firma		
	Nelson Alfaro Barbosa	CC	5029195	Porvenir	x				x				x					Nelson Alfaro		

Firma (o) facilitador responsable(s):

El uso de los datos aquí incluidos de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los mismos serán utilizados exclusivamente para análisis de estadísticas y correspondencia sobre la atención integral al adulto mayor en el Departamento de Bolívar

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

486

ALCALDÍA DE MORALES, BOLIVIA

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Actividad/Ambiente: Mensual

2. Centro de Atención Responsable de la Actividad: Centro Vida

3. Nombre de la Actividad: Actividad de atención integral área rurales: Medicina general, Nutrición, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

2. Programa: Atención integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 16-04-26

Correlativo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Unidad/Servicio/Municipio/Comunidad	Rural	Urbano	Teléfono	Edades con sexo F									Firma	Huella	Observaciones
								Niños			Grupos Etarios	Discapacidad			Víctimas				
								Hombres	Mujer	Otro		SI	NO	No Identificado	SI	NO	No Identificado			
	Hector Luis Rodriguez.	CI	3946467.	Centro Viejo.	X				X				X					Huellas		
	Delia Pacheco Hernandez	CI	26743454	Centro Viejo	X				X				X					Delia Pacheco		
	No Hemis Henrriquez Castellanos	CI	8630890	Centro Viejo.	X				X	X			X					No Firma		
	Efrain Pacheco Bermudez	CI	5029937	Centro Viejo.	X				X				X					No Firma		
	Jose Belen. Quesada	CI	3873932.	Centro Viejo.	X		31474773?2.			X			X					No Firma		

Firma Facilitador/a: Hcaf...

Nombre:

El uso de los datos está basado en acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los escritos serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los artículos 3o también autorizan el uso de fotografías / videos/ imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1/2

ALCALDE DE MORALES, BOLIVIA

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio/Municipio: Morales

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Programa: Atención integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA):

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area rural, Medicina general, Fisioterapia, Psicología, Nutrición y Hemodiálisis, Actividades físico-cultural

Nº correlativo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	Nro. documento	Domicilio/Comunidad/Parada (residencia)	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Varón	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Sí	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Viviendo: Sí	Viviendo: No	Viviendo: No responde	Firma	Huella	Observaciones
	Benjamin Rubio	CI	9940262	Cloce Viejo	X			X			Mayor a 100		X					No firma		
											Menor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Entre 90 y 94 Mayor a 100									
											Menor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Entre 90 y 94 Mayor a 100									
											Menor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Entre 90 y 94 Mayor a 100									
											Menor de 60 Entre 60 y 64 Entre 65 y 69 Entre 70 y 74 Entre 75 y 79 Entre 80 y 84 Entre 85 y 89 Entre 90 y 94 Mayor a 100									

Firma(s) facilitador (es)/responsable(s):

Nombre

El uso de los datos será basado de acuerdo con la Ley Electrónica de Datos Ley 1081 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para difusión en la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1/1

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Zona/Municipio: _____ Sitio: _____ 2. Programa: Atención integral al adulto mayor

3. Centro de Atención Responsable de la actividad: _____ Casa Hilo 4. Fecha (DD/MM/AAAA): 16/4/026

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral a los adultos (Medicina general / Odontología, Psicología, Aseo y manicurista, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Dirección de residencia	Edad	Género	Teléfono	Sexo			Rangos Edad	Discapacidad			Victima			Firma	Huella	Observaciones
								Hombre	Mujer	Otro		Si	No	No responde	Si	No	No responde			
	Gustavo Riaño Pallares		1950058	Canelo	.		321 251 54 46	.					.			.		G R P		
	valentin camargo		5007132	Brasil	-								.			.		V C		
	Manuel Isaac pallares palomino		940262	Brasil	.		312607 60 95						.			.		M I		

Firma (o Huella) de responsable: Eduardo Herrera Q
Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y caracterización de atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor

1989

ALCALDÍA DE MORALES, BOLÍVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio: Morales

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral: toma de tensión, Medicina general, Nutrición, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

4. Programa: Atención integral al adulto mayor

5. Fecha (DD/MM/AAAA): 6/19/026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Edad	Género	Teléfono	Estado civil 2								Firma	Huella	Observaciones
								Sexo				Discapacidad			Víctima			
								Hombre	Mujer	Otro	Grupo Etario	Sí	No	No responde	Sí	No	No responde	
	Rosa Polo Ramos		37934312	la aurora	.		317 717 6691	.					.		.		R P R	
	orlando Camargo Perez		13813514	la aurora	.		318 6156162	.					.		.		O C P	
	Jose Eliecer muño Pava		3820334	Canelo	.		323 337 3243	.					-		-		J E M P	
	Corbulo salazar cruzado		19850075	Canelo	-		312 643 5520	.					-		-		C S C	
	Alvaro Rico taFur		3820312	Canelo	-		312 661 8307	.					-		-		A R	

Firma del facilitador responsable(s): Abdel Villalobos C.

Nombre

El uso de los datos está basado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el Departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1490

ALCALDÍA DE MORALES, BOLÍVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Ciudad/Municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral área medica, Medicina general, Nutricionista, Psicología, Aseo y vacunatorios, Actividades físico-cultural
4. Programa: Atención integral al adulto mayor
5. Fecha (DD/MM/AAAA): 16/4/026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Ficha de Actualización	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Estado civil			Grupo Etario	Discapacidad			Victima			Firma	Huella	Observaciones
								Casado	Soltero	Viudo		SI	NO	No responde	SI	NO	No responde			
	Manuel Trigo Chinchilla		73021153	Punta de la cruz	.		3227244684	.					-			-		M T CH		
	Rodolfo Rodelo cogollo		12580084	Punta de la cruz	.			.					-			-		R R C		
	Estevmelina mature Ramos		22824924		-		3242510516	-					.			.		E M R		
	Luis Humberto Peñaranda		1731314	la aurora	-		3183249854	.					.			-		L H P		
	Ana Gertrudis vasquez caña		22829404	la aurora	.		3243881151		.				-			.		A V C		

Firma del facilitador responsable: Ayda Maldonado
Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para analizar la tendencia y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1401

ALCALDIA DE MONTELIBANO, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Club/Municipio: Montes

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para: cortes, Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Odon y manualidades, turbulencias físico cultural

2. Programa: Atención Integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 16/4/026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Fecha/Lugar de nacimiento	Edad	Genero	Teléfono	Sexo			Grupo Etario	Discapacidad			Victima			Firma	Huella	Observaciones
								Hombre	Mujer	Otro		Si	No	Si, cuantos	Si	No	Si, cuantos			
	Jose del carmen lopez Quiroga		4990269	Batania	•		3004472 118	•					•			•		J C L B		
	OLINDA ISABEL PACHECO DE ESTRADA		22829113	Muitas	-		3024157134		•			/				-		Olinda Isabel pacheco Est		
	Rodrigo Rodriguez Rodriguez		73010024	Muitas	•		3003687325	•					-			-		R R R		
	tomas Maria castro		5446321	villanoh's	•		3145276331	•					/			/		t M C		
	Carmen maris matute Ramos		22824926	punta de cruz	•		3242505 16		•				•			•		C M M R		

Firma (o huella) responsable(s): Abdel Maloso CR

Nombre

El uso de los datos está sujeto de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para el efecto de tratamiento y competentes de sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmarán autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1492

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Día
3. Programa: Atención integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 01/04/2026
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral área rurales: Medicina general, Nutricionista, Psicología, lúdica y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Edad	Género	Teléfono	Rango Edad			Discapacidad			Víctima			Firma	Huella	Observaciones
								Jovenes	Adul	Otro	Si	No	No responde	Si	No	No responde			
	Clara rosa Manzano ballona	CC	45743768	Corcovado	x				x			x			x		Clara Rosa		
	Pedro Jose García Pinto	CC	5688665	Corcovado	x			x				x			x				
	Jose vicente traslaviña Arisa	CC	73775324	Corcovado	x			x				x			x		Jose		
	Rosa Julia Torres londoño	CC	45743078	Corcovado	x				x			x		x			Rosa Torres		
	Blanca Ines contreras rivera	CC	23756794	Corcovado	x				x			x		x			Blanca Ines		

Firma del facilitador responsable: Rosa Acero Torres
Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los recolectados serán utilizados exclusivamente para análisis de estadísticas y comportamientos sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1 de 3

ALCALDIA DE MONTALVO, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio: Montalvo
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 17/04/2026
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para mayores: Medicina general, Odontología, Psicología, Salud y esparcimiento, Actividades físico-recreativas

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Corregimiento/Vereda/Barrio de residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Rango Etario	Discapacidad: Sí	Discapacidad: No	Discapacidad: No reconocido	Víctima: Sí	Víctima: No	Víctima: No reconocido	Firma	Huella	Observaciones
	Rafael Vicente Nuñez	CC	23020278	Tierra Nueva	X			X					X		X			Rafael Nuñez		
	Angel Custodio Gutierrez	CC	23525013	Tierra Nueva	X			X					X		X					
	Agapito Saavedra	CC	23020550	Tierra Nueva.	X			X					X		X			agapito saavedra		
	Ana Olivia Santago.	CC	45794980	Tierra Nueva					X				X			X				
	Marco Antonio Soler	CC	92226121	Corregido	X			X					X			X				

Firma del facilitador responsable(s): Rosa Acero Torres

Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013) que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1 de 1

ALCALDIA DE BONANZA, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Diagnóstico/Lugar: Bonanza

2. Centro de Atención Responsable de la Actividad: Centro Vida

2. Programa: Atención integral al adulto mayor

3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral a personas: Medicina general, Odontología, Psicología, Aseo y necesidades, Actividades físico-culturales

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 17/04/2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Dirección de residencia / barrio	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Sexo: Otro	Edad con corte 31 — Grupo Etario	Discapacidad: Sí	Discapacidad: No	Discapacidad: No reportado	Víctima: Sí	Víctima: No	Víctima: No reportado	Firma	Huella	Observaciones
	Margarita Castrillon	CC	22230498	Corcovado	X				X		Mayor de 60		X		X					
	Blanca Maria Sanjuan	CC	36679091	Corcovado	X			X			15 a 59		X			X				
	Ligia Soler Barajas.	CC	45585019	Corcovado	X			X			15 a 59		X		X			Ligia Soler.		
	Clara maria Cuesta Pedreros	CC	45620832	corcovado	X			X			15 a 59		X			X				
	luis vicente orduna Abaunza	CC	6209260	corcovado	X			X			15 a 59		X			X		vicente o		

Firma (o) facilitador responsable(s): Rosa Acero Torres

Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (Ley 1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los recolectados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los abajo firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para difusión de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1 de 1

ALCALDIA DE MARIALES, BOLIVAR

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Vereda/Municipio: Morales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 17/04/2026
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area medica: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Raza	Etnia	Teléfono	Rango etario: Adultez	Rango etario: Vejez	Rango etario: Otro	Grupo étario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: Si	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella	Observaciones
	Margarita Ramos Pinto	C	45627412	Corcovado	X				X		X		X		X			Margarita		
	Jose Trinidad Portillo Petro	C	73020044	Corcovado	X			X			X		X			X		Jose Portillo		
	Ana Sofia Garcia Londoño	C	45774934	Corcovado	X				X		X		X		X			Ana Sofia G		
	Nicolas Acosta Rodriguez	C	5007843	Corcovado	X			X			X		X					Nicolas		

Nombre del facilitador responsable(s): ROSA ACERO TORRES

El uso de los datos aquí incluidos de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los cuales serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los abajo firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para difusión de la sistematización y promediación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1496

ALCALDIA DE MONTERIA, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Club/Institucion: Monteria

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Nombre de la Actividad: Atención de atención integral para mujeres: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico culturo

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 20/01/26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Barrio residencia	Pesd	Urbano	Teléfono	Edad	Sexo	Grupo Etario	Discapacidad			Victima			Firma	Huella	Observaciones
											SI	NO	No responde	SI	NO	No responde			
1	Iluminada Manrique D.	cc	22828.045	El Dique	X		3045529350		X			X			X		No Firma		
2	Berta Florian de C	cc	22.828.139	El Dique	X		3042232131		X			X			X		No Firma		
3	Catalina Florez B	cc	22 829.652	El Dique	X		3107127491		X			X			X		No Firma		
4	Cristina Hernandez	cc	26766711	El Dique	X		3023375709		X			X			X		Cristina Hernandez		
5	Delmira Martinez F	cc	22.828.089	El Dique	X		3126823955		X			X			X		No Firma		

Nombre: Manuel Badillo F.

El uso de los datos está limitado de acuerdo con la Ley Estatutaria de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para el análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Córdoba

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías tomadas durante las actividades para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor

1962

ALCALDIA DE MANAURE BOLIVAR

Programa Atención integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Grupo/Municipio: Manaure
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para todos (Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-culturo
4. Programa: Atención integral al adulto mayor
5. Fecha (DD/MM/AAAA): 20/01/26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Azul	Crianza	Teléfono	Rango Edad: Menor de 60	Entre 60 y 69	Entre 70 y 79	Entre 80 y 89	Entre 90 y 99	Mayor a 100	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Si	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella	Observaciones
6	Demetrio Martinez	CC	M. 5029.685	El Dique	X		3137625995	X							X		X			No Firma		
7	Domingo Elias Diaz	CC	1731676	El Dique	X		3012123476	X							X		X			Domingo Elias		
8	Dilneris Moneado	CH	26766450	El Dique	X		3005862774		X						X			X		Dilneris M.Ch.		
9	Efrain Carpio M	CC	940.225	El Dique	X		3133938416	X							X		X			No Firma		
10	Eberlides Rios. D	CC	26766119	El Dique	X		3146366393		X						X			X		Eberlides		

Firma (a) facilitador responsable(a): Manuel Badillo F.
Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Estatutaria de Hábeas Data (Ley 1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los cuestionarios serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.
Los entrevistados firmarán autorizan el uso de fotografías / videos / testigenos para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1497

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Club/Sede/Municipio: Morales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 20/02/26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area medica: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Artes y manualidades, Actividades fisico cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Azul	Urbano	Teléfono	Tomaron con esta E								Firma	Huella	Observaciones
								Blanco			Discapacidad			Victima				
								Asiatico	Negro	Otro	Grupo Etnico	Si	No	No reportado	Si	No	No reportado	
11	Cristobal Diaz. A.	cc	940.243	El Dique	X		3006129808	X				X			X			Cristobal GL
12	Adel Rios. Diaz	cc	940.267	El Dique	X		3176957183	X				X			X			Adel Rios
13	Griseldina Parada	cc	22.828.040	El Dique	X		3246385564		X			X			X			No Firma
14	Genaro Florián. D	cc	940.229	El Dique	X		3117460001	X				X			X			No Firma
15	Ilva. Franco. Rodriguez	cc	22828130	El Dique	X		3164208683		X			X			X			Ilva Franco R.

Firma (s) facilitador responsable(s): Manuel Badillo F.
Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley 2 abordamos de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los recolectados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar

Los asistentes firmarán autorizan el uso de fotografías - videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1 de 1

ALCALDÍA DE BARBALOS, BOLÍVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
TORNEO LATIDO DE ASISTENCIA

1. Nombre/Razón social: Alcaldía

2. Lugar de Atención Responsable de la actividad: Centro Día

3. Nombre de la actividad: Jornada de atención integral para adultos: Asistencia general, Audiometría, Fisioterapia, Visita a Instituciones, Actividades físico culturales

4. Programa: Atención integral al adulto mayor

5. Fecha (DD/MM/AAAA): 20/04/26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Sexo	Edad	Teléfono	Talla: Sistólica	Talla: Diast.	Talla: Glic.	Dislipidemia: Si	Dislipidemia: No	Dislipidemia: No autorizado	Visiones: Si	Visiones: No	Visiones: No autorizado	Firma	Huella	Observaciones
16	Elias. Durán Franco	cc	3819.508	El Dique	X		3137127873	X				X		X			. Elias D		
17	Judith. Florián Diaz	cc	26765144	El Dique	X		3227842039	X				X		X			. Judith F		
18	Estebana. Durán F	cc	22.828152	El Dique	X		3009538817	X				X		X			Estebana Durán		
19	Luis. Alberto. Badillo	cc	940.264	El Dique	X		3177704035	X				X		X			No Firma		
20	Luis. Antonio Alfaro	cc	940.186	El Dique	X		3002676305	X			X			X			No Firma		

Primer Nombre Responsable: Manuel Badillo F.

Nombre

1500

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio/Municipio: Morales
2. Programa: Atención Integral a adulto mayor
3. Nombre de Atención Responsable de la Actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAA): 20/04/26
5. Modalidad de la Actividad: Jornada de atención integral para: Valoración general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades Recreativas

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Municipio residencia	Área	Urbana	Teléfono	Riesgo			Valoración			Vacunas			Firma	Huella	Observaciones
								Caídas	Riesgo	Edad	Riesgo Mínimo	SI	NO	No responde	SI	NO	No responde			
21	Manerto Granados	cc	1732405	El Dique	X		3243576904X					X			X				
22	María Alfaro S.	cc	22.828.095	El Dique	X		3116105339	X				X			X			NO Firma		
23	Marlene Silva B.	cc	26765878	El Dique	X		3013297719	X				X			X			NO Firma		
24	Martin Cruzado S	cc	940.226	El Dique	X		3225884183					X			X			NO Firma		
25	Virgilio Diaz M.	cc	940.294	El Dique	X		3166019728X					X			X			Virgilio		

Firma del Medico responsable: Manuel Badillo F.

Medico

El uso de los datos aquí incluidos con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y nos establece pedir consentimiento para el análisis de la información y mantenimiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías, videos e imágenes para efectos de la caracterización y sistematización de las actividades en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

151

ALCALDÍA DE MAGDALENA, MAGDALENA

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Club/Subdirección: Diques
2. Nombre de Atención Programada de la actividad:
3. Nombre de la Actividad: Actividades Recreativas
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 20/04/26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Dirección/Barrio/Vereda Residencia	Edad	Género	Teléfono	Salud con Use T						Firma	Huella	Observaciones
								Sano			Discapacidad			Victima		
								Ninguno	Física	Otra	Si	Cual	No			
26	Nidia Isabel. Chavez	CC	22.828111	El Dique	X		3148735304	X			X		X	Nidia Ch		
27	Julia Amada. Chavez	CC	37920.299	El Dique	X		3148735304	X			X		X	Julia Amada		
28	Sofia. Chavez. P	CC	26765143	El Dique	X		3246385564	X			X		X	Sofia Chavez		
29	Wilberto. Chavez	CC	940.235	El Dique	X		3107267980X				X		X	Wilberto		
30	Wilson Hernandez	CC	73020039	El Dique	X		3117839515X				X		X	Wilson Hernandez		

Firma Facilitador responsable: Manuel Badillo F.

El uso de los datos aquí tratados se ajustará a lo establecido en la Ley 1266 de 2008 y la Ley 1581 de 2012 y sus reglamentos. La información será utilizada exclusivamente para el fin descrito y no podrá ser usada para otros propósitos sin autorización previa.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías, videos y grabaciones para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

150

ANEXO DE MENORES SOLTEROS

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio: Sincelejo
2. Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral antes covid. Medicina general, nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades física y ocio
4. Fecha: 20/04/26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de Identificación	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Sexo	Edad	Teléfono	Datos solicitados con área X: Base (Estatura, Peso, IMC)	Discapacidad (Si, No, Tipo de discapacidad)	Visión (Si, No, Uso de corrección)	Firma	Huella	Observaciones
31	Yolanda Ríos. P	cc	60313802	El Dique	X		3205018836	X	X	X	Yolanda		
32	Zoila Rosa Díaz	cc	22.828.060	El Dique	X		3215007209	X	X	X	Zoila Rosa		
33	Farides Franco R.	cc	22.828.064	El Dique	X		3126823955	X	X	X	No Firma		
34	Rafael. Cogado.	cc	H18917122	El Dique	X		3A1538509X		X	X	No Firma		
35	Carmen Cecilia Badillo	cc	32712108	Boca de la Ciénaga	X		3017523018	X	X	X	Carmen		

Firma del Facilitador responsable: Manuel Badillo F.

El uso de los datos aquí incluidos se acogerá con lo dispuesto en la Ley Estatutaria de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los mecanismos para obtener autorización para el tratamiento de información y consentimiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Sucre.

Los anteriores formatos diligenciados en uso de fotografías y videos recogidos para efectos de la sistematización y cumplimiento de los objetivos en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

20/04/26

36	Emelina Diaz Fran	CC	26773083	Boca de la ciénaga	X		3145789276	X			X	X		NO Firma			
37	Holmer Ríos Díaz	CC	73020508	Boca de la ciénaga	X		3163783284	X			X		X	Holmes Rios			
38	Luz Estela Badillo	CC	22828168	Boca de la ciénaga	X		3505732006	X			X	X		Luz Estela			
39	Nohemi Ríos Díaz	CC	22433559	Boca de la ciénaga	X		3145789276	X			X	X		Nohemi Rios D			
40	Omaida Alfaro Q	CC	22828169	Boca de la ciénaga	X		3052863268	X			X	X		Omaida			

Manuel Badillo F.

1504

ALCALDÍA DE MORALES, BOLÍVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Alcaldía/Municipio: Morales

2. Dependencia Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral adulto mayor. Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, actividades físico recreativa

4. Programa: Atención integral al adulto mayor

5. Fecha (DD/MM/AAAA): 20/04/26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Vereda/corregimiento/barrio/comunidad	Edad	Género	Teléfono	Rango etario			Pertenencia étnica			Firma	Huella	Observaciones
								Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Persona mayor	Ninguna			
41	Roberto Pacheco	CC	940.180	Boca de la ciénaga		X	3116811002	X				X		No Firma		
42	José Antonio Perez	CC	13465577	Boca de la ciénaga		X	3107037811	X				X		Antonio		
43	Ubaldo Rios Perez	CC	940.258	Boca de la ciénaga		X	3175288341	X				X		Ubaldo		
44	Leonidas Serpa	CC	940.259	Quillín		X	3505646921	X				X		Leonidas Serpa		
45	Luis Eduardo Ortiz	CC	18911232	Quillín		X	3106840575	X				X		No Firma		

Firma Verificador responsable: Hamel Badillo F.

Nombre

El uso de los datos aquí listados se ajustará a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y las autoridades podrán acceder a ellos para realizar las verificaciones y comprobaciones propias de la ejecución integral y estricta integral en el cumplimiento de fines

Las anteriores firmas manifiestan el uso de fotografías y videos con ocasión a las diferentes actividades y cumplimiento de los derechos en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor

1505

ALCALDIA DE MONIQUIRA, BOLIVAR

Programa: Atención integral al adulto Mayor
FORMATO CARACTERIZACION DE ASISTENCIA

1. Gimnasio/Municipio: Moniquira

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Programa: Atención integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 20/04/26

5. Nombre de la Actividad: Gimnasio de Atención Integral para adultos, Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-culturales

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Fecha/Lugar de nacimiento / Nacionalidad	Sexo	Edad	Teléfono	Medida con que fue tomada: Base: Brazalete	Base: Mano	Base: Pie	Grupo Etario	Discapacidad: SI	Discapacidad: NO	Discapacidad: No responde	Victima: SI	Victima: NO	Victima: No responde	Firma	Huella	Observaciones
246	Roque Mejía Pachelo	CC	12583629	Guillín	X		3502607730X						X			X		Roque Mejía		

Manuel Badillo F

Firma de funcionario responsable

El uso de los datos aquí indicados se ajustará con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales, y los mismos serán utilizados exclusivamente para el envío de invitaciones y comunicaciones sobre la atención integral a adultos mayores en el departamento de Bolívar.

Las entidades tendrán acceso en uso de funciones propias e inherentes para efectos de la caracterización y asignación de las actividades en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Orientador/Encargado: Medico

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area medica: Medicina general, Sicologia, Odontologia, Fisioterapia, Nutricion y Enfermeria

4. Programa: Atencion integral al adulto mayor

5. Fecha (DD/MM/AAAA): 20-Abril. 2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Sexo: M	Sexo: F	Teléfono	Edad: Adulto mayor	Edad: Joven	Edad: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: A	Discapacidad: No requerido	Victima: Si	Victima: A	Victima: No requerido	Firma	Huella	Observaciones
1	Marta de los Santos Gutierrez. R	CC	4965562	las Pailas	X			X					X		X			Mario 9		
2	Jose de los Santos DIAZ Estrada	CC	3818247	las Pailas	X			X					X		X					
3	Aminta Rodriguez	CC	37916038	las Pailas	X			X					X		X					
4	Maria Antonia Perez de Estrada	CC	26763624	las Pailas	X			X					X		X					
5	Arcadio Moreno Avilet	CC	1720965	las Pailas	X			X					X		X					

Firma (o) facilitador responsable(s): Yuris Cuesta. Badillo

Nombre

El uso de los datos será realizado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías - videos - imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de auditorías públicas departamentales de atención integral al adulto mayor.

159

ALCALDIA DE MONTELIBANO, CORDOBA

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Montelibano

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para mayores: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Odontología, Terapias y Hemodiálisis, Actividades físico-culturales

4. Programa: Atención integral al adulto mayor

5. Fecha (DD/MM/AAAA): 20-Abril-2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de identificación	No. identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Sexo	Lideresa	Teléfono	Edad (marque con una X)								Firma	Huella	Observaciones
								Menor de 60	Entre 60 y 69	Entre 70 y 79	Entre 80 y 89	Entre 90 y 99	Mayor a 100	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Si	Víctima: No	Víctima: No responde			
6	Casilda Estrada Gonzalez	CC	32955016	las Pailas	X					X				X			X			Casilda E		
7	Esteban Rodriguez	CC	1984508	las Pailas	X			X						X			X			Esteban		
8	Neris Maria Sanchez Quintero	CC	32955026	las Pailas	X					X				X			X			Neris S		
9	Pedro rafael OZONO arrollo	CC	1503666	las Pailas	X			X						X			X					
10	Dilia Rosa Sanchez Rodriguez	CC	22824308	las Pailas	X			X						X			X					

Firma del facilitador responsable: Yuris Cuesta Badillo

Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Estatutaria de Hábeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamientos sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Córdoba

Los anteriores firmantes autorizan en uso de fotografías / videos / imágenes para difusión de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor

152

ALCALDIA DE MONIQUIRA, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Jornada: Mañana
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area rurales: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural
4. Programa: Atencion integral al adulto mayor
5. Fecha (DD/MM/AAAA): 20-Abril-2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Sexo	Etnia	Teléfono	Edad con una X: Rango Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No suministrada	Víctima: Si	Víctima: No	Víctima: No suministrada	Firma	Huella	Observaciones
11	Heliodoro Cuesta Barrera	CC	890000,	las Pailas	X										Heliodoro C		
12	Eufemia Parra Gutierrez	CC	30858050	las Pailas	X												
13	Bernardo Sanchez	CC	5029611	las Pailas	X										Bernardos.		
14	Flor Maria Mercado Sanchez	CC	32955014	las Pailas	X										Flor maria		
15	Jaime Buelva Mesa	CC	1264347[illegible]	las Pailas	X												

Firma (si Solicita) (opcional): Yuris Cuesta Badillo
Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (Ley 1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmarán autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la (PIC) y (CIC) departamento de atención integral al adulto mayor.

1509

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio:
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Programa: Atencion integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 20-Abril-2026
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atencion integral para nuestros Abuelitos general, Humanizada, Psicologia, Aseo y mercadillitos, Actividades bucco-orales

Identificador	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Estado con una X: Bajo (Normal / Alto / Otro)	Grupo Etario	Discapacidad (Si / No / No reportado)	Victima (Si / No / No reportado)	Firma	Huella	Observaciones
16	Jose del Carmen Diaz Otero	CC	5030090	las Pailas	X							JOSE DIAZ		
17	Jose Manuel Rico Cuesta	CC	5029576	las Pailas	X							José M. Re		
18	Josefina Quiñonez Pajaro	CC	22824298	las Pailas	X									
19	Astenia Saenz Gonzales	CC	22824301	las Pailas	X									
20	Eleuterio Gutierrez Diaz	CC	5017463	las Pailas	X									

Firma del facilitador responsable: Yuris Costa Badillo

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los cuales serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1510

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral a los mayores: Medicina general, Odontología, Psicología, área y especialidades, Actividades físico-cultural
4. Programa: Atención integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 20 - Abril - 2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Edad (en años) X: Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: SI	Discapacidad: NO	Discapacidad: No reportado	Víctima: SI	Víctima: NO	Víctima: No reportado	Firma	Huella	Observaciones
21	Maria Celina Parada	CC	22829732	las Pailas	X				•		Mayor a 100		•			•				
22	Alberto Velasquez Parra	CC	73021802	las Pailas	X			•			Mayor de 80	•				•				
23	Melida Rosa Estrada Perez	CC	32955015	las Pailas	X				•		Mayor a 100		•			•		MelidaR.E.P		
24	Reinaldo Parra Gutierrez	CC	1731041	las Pailas	X			•			Mayor a 100	•				•				
25	Sigilfredo Quiñonez Rios	CC	1694441	las Pailas	X			•			Mayor a 100	•				•				

Firma del facilitador responsable(s): YURIS cuesta. Badillo
Nombre

El uso de los datos está sujeto al acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013) que reglamenta la Protección de datos personales y los recolectados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y conocimiento sobre la atención integral al adulto mayor en el Departamento de Bolívar.

Los anteriores literales autorizo el uso de fotografías - videos - imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1511

ALCALDIA DE MORALES BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio _____ Modelo _____

2. Programa Atencion integral al adulto mayor

3. Centro de Atención Responsable de la actividad _____ Centro Vida

4. Fecha (DD/MM/AAAA) 20 - Abril - 2026

5. Nombre de la Actividad Jornada de atención integral a los adultos Mayores (medicina general, Nutricionista, Psicologia, toma y control de tensión, actividades ludico-culturales)

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Sexo	Edad	Teléfono	Estado con una X									Firma	Huella	Observaciones
								Sano				Discapacidad			Victima				
								Hipertenso	Diabetico	Otro	Grupo Etario	SI	NO	No responde	SI	NO	No responde			
26	Teodolo Diaz Campo	CC	1731635	Las Pailas	X			X			Mayor de 60		X			X				
27	Dora. Emilse Ferraro Ferraro	CC	52252648	Las Pailas	X			X			Mayor de 60		X			X		Dora Fer		
28	Arelis Estrada	CC	26746321	Las Pailas	X				X		Entre 60 y 69		X			X				
29	Elbania Gonzales	CC	32955023	Las Pailas	X				X		Mayor de 60	X				X				
30	Miguel Francisco Arrollo	CC	15036658	Las Pailas	X			X			Mayor de 60		X			X				

Firma (s) facilitador (es) responsable(s) YURIS Cuesta Badillo

Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y conocimiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

15/2

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Ente territorial/municipio: _____ Mesón: _____

2. Programa: Atención integral al adulto mayor

3. Enlace de Atención Responsable de la actividad: _____ Centro Vida: _____

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 20_Abril_2026

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral a los adultos: Medicina general, Odontología, Psicología, Área y manualidades, Actividades físico-culturales

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Corregimiento del lugar de residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Rango Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Si	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella	Observaciones
31	Gladis Maria Cuesta Quintero	CC	32955002	los Pailas	X				X		Entre 70 y 75		X			X		Gladys C.		
32	Leonidas Gutierrez Sanchez	CC	18910668	los Pailas	X			X			Entre 80 y 85		X			X				
33	America Trigos Hernandez	CC	49653444	Guillin	X				X		Entre 75 y 79		X			X		America		
34	Valdina Florez Cuesta	CC	26768172	Guillin	X				X		Entre 80 y 85		X			X				
35	Teodoro Perez Gonzales	CC	1730997	Guillin	X			X			Entre 80 y 85		X			X				

Firma del facilitador responsable(s): Yuris Cuesta Badillo
Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley 1 Habeas Data (Ley 1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de estadísticas y compartimento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los abajo firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1513

ALCALDIA DE BOYACÁ D.E. BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Nombre del gru: Nombre:

2. Nombre del Gestor o/o Responsable de la actividad: Cargo o rol:

3. Nombre de la Comunidad: Barrio de residencia o lugar para ambos: Masculino y generales, Multisectorial, Psicología, entre o vulnerabilidad, o Actividades (Urbano o Rural)

4. Fecha: (DD/MM/AAAA) 21-04-2026

5. Programa: Recreación y cupo de adulto mayor

Consecutivo	Nombres y Apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda/Barrio residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Sexo: Otro	Rango Edad	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No especifica	Victima: Si	Victima: No	Victima: No especifica	Firma	Huella	Observaciones
1	Alberto Lopez Cadena	cc	73022285	La Arcadia	x		3104591641		x				x			x		ALBERTO LC		
2	Manuel Salvador Pallares	cc	12501112	La Arcadia	x		3226484947		x				x			x				Hermano Manuel S.
3	Antonio Flores Romero	cc	9160321	La Arcadia	x		3128108422		x				x			x		ANTONIO		
4	David Alvarado Ordoñez	cc	7135140	La Arcadia	x		3136216309		x				x			x				Eliecer Pinto Hijastro.
5	Isaac Zayas Jimenez	cc	940220	La Arcadia	x		3022150131		x				x			x		ISAAC Z.		

Firma del Verificador responsable: Jinette Pinto Perez

El uso de los datos de la cedula (nombre, apellidos, fecha y Cedula de ciudadanía) del Ley 1581 de 2012 y el Dec. 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los establece los requisitos mínimos para el tratamiento de información y toma y captación de datos de la persona (imagen) en el Departamento y los Municipios.

Los siguientes Formatos autorizan el uso de imágenes - video y fotografías para efectos de la caracterización y presentación de los resultados en el mes a la de publico político implementado de los datos (imagen) de quien asiste

1514

ALCALDIA DE HISPANIA, BOLIVIA

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio: Hispania
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 21-04-2026
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area rondas: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Aseo y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Corregimiento/Vereda/Barrio de residencia	Sexo	Lideres	Teléfono	Edades con corte a 31				Discapacidad			Victima			Firma	Huella	Observaciones
								Hombres	Mujer	LGBI	Rangos Etarios	SI	NO	No responde	SI	NO	No responde			
6	Nicolasa de Arco Lozano	CC	874038	La Arcadia	X				X		Menor de 60 Entre 60 y 64 Entre 70 y 75 Entre 80 y 84 Entre 90 y 94 Mayor a 100		X			X				Hija Vanesa M.
7	Petrona Isabel Peña de Cruzado	CC	22827705	La Arcadia	X		3128463515		X		Menor de 60 Entre 60 y 64 Entre 70 y 74 Entre 80 y 84 X Entre 90 y 94 Mayor a 100		X			X		Petrona P.		
8	Plauldo Pimienta Peña	CC	3819287	La Arcadia	X		3114505709	X			Menor de 60 Entre 60 y 64 Entre 70 y 74 Entre 80 y 84 X Entre 90 y 94 Mayor a 100		X			X		No Firma		
9	Emeterio Martinez Vergara	CC	6690342	La Arcadia	X		3207876267	X			Menor de 60 Entre 60 y 64 Entre 70 y 74 X Entre 80 y 84 Entre 90 y 94 Mayor a 100		X			X				
10	Jose Manuel Rodriguez	CC	18968303	La Arcadia	X		3206045726	X			Menor de 60 Entre 60 y 64 X Entre 70 y 74 Entre 80 y 84 Entre 90 y 94 Mayor a 100	X				X		Jose Manuel R.		

Firma (s) facilitador (nombre completo): Jinette Peña Peña

El uso de los datos está sujeto al cumplimiento de la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / testigones para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1515

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Día/mes/Municipio: Morales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Día
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 21-04-2026
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area rurales: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Aseo y manualidades, Actividades físico-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda de residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Sexo: Otro	Rango Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Victima: Si	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella	Observaciones
11	Felipe Peña Pioneta	cc	3814481	La Arcadia	x		3224584440	x			Mayor a 100	x			x					
12	Dionisio Tous Pacheco	cc	73020303	La Arcadia	x			x			Entre 80 y 84		x		x			Dionisio Tous		
13	Luis Alberto Ortiz	cc	5836846	La Arcadia	x		3135043364	x			Entre 80 y 84		x		x			Luis Alberto		

Firma (s) facilitador responsable(s): Jinette Pitre Pena

Nombre:

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y conocimiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

15/6

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Ciudad/Municipio: Morales

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Programa: Atención integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 21-04-2026

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para mayores: Medicina general, Fisioterapia, Psicología, Artes y manualidades, Actividades Físico-culturel

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Corregimiento/Vereda/Barrio de residencia	Zona		Teléfono	Sexo			Edad en años						Discapacidad			Víctima			Firma	Huella	Observaciones
								Hombre	Mujer	Otro	Grupo Etario						Sí	No	No responde	Sí	No	No responde			
1	Digno Ernesto Ruiz Pallares	CC	30863044	Simohita	x		3122295158		x		Mayor a 100					x		x			x		Digno Ruiz P.		
2	Magali espino	CC	28015471	Simohita	x				x		Entre 70 y 79					x			x			x	Magali Espino		
3	Dilia Maria Saavedra Kaliyae	CC	22829632	Simohita	x				x		Entre 70 y 79					x		x				x	Dilia M Saavedra		
4	Hipolita Ruz Arzuaga	CC	34008543	Simohita	x		3232518390		x		Entre 70 y 79					x		x				x	No Firma.		
5	Jose gregorio Arrieta Jimenez	CC	3927384	Simohita	x		3226484944	x			Entre 70 y 79					x		x				x	Jose gregorio		

Firma la Facilitador responsable(s): Jinette Peña Peña

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013, que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías, videos e imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1512

ALCALDIA DE SIMACOTA, BOLIVAR

Formato Unico de Hoja de Vida
FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA

1. Nombre(s) y apellidos: Nombre

2. Cargo que va a ocupar: Cargo

3. Fecha: 21-04-2026

4. Nombre de la Autoridad: Ver nota de plasmar integral para cada uno. Alcalde municipal, Personero, Juez y representante, Administrador Rural o de rol

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Ciudad/departamento/Nacional expedición	Sexo	Lateralidad	Teléfono	Datos Biométricos: Toma de huellas									Firma	Huella	Observaciones
								Toma			Dactilar	Mano derecha			Mano izquierda				
								Normal	Mala	Dedo	Dedos a capturar	M	Í	Pulgar	M	Í	Pulgar		
6	Luis Eduardo Quintero	CC	1891072 7	Simacota	X		3122703832	X			X		X		X				
7	Emilio Jose Acosta Romero	CC	73020343	Simacota	X			X			X		X		X				
8	OTTO Rodriguez Vega	CC	3820015	Simacota	X		3148439910	X			X		X		X				Esposa Ana Isabel Arnesto
9	Pacifico Medina Ramos	CC	3820410	Simacota	X		3229120757	X			Y		X		X				
10	Regino Diaz Moncada	CC	73020124	Simacota	X		324260BE02	X			X		X		X				

Firma del funcionario responsable: Yisselli Pearl Pena

Con el envío de este Hoja de Vida autorizo a la Contraloría de Bolívar para que verifique mis datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para el análisis de la información y comportamiento contra la ejecución integral de cada recurso con el departamento y la Nación

Con el fin de dar cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y en cumplimiento de la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Contraloría Departamental de Bolívar, autorizo de manera libre, previa, expresa, informada y voluntaria a la Contraloría Departamental de Bolívar para que realice el tratamiento de mis datos personales, incluyendo la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transmisión y transferencia de los mismos, de acuerdo con la finalidad establecida en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Contraloría Departamental de Bolívar, disponible en la página web www.contraloriadebolivar.gov.co

1518

ALCALDÍA DE BARRANCABERMEJA

Proceso Atención Integral a la Adulta Mayor

FORMATO CENSO DE ASISTENCIA

1. Nombre/Razón social: Fecha:

2. Centro de Actividades Ocupacionales de la comunidad: Lugar / Sitio:

3. Nombre de la Actividad: Un sitio de atención integral para adultos Mayores, Promoción, Salud y Autocuidado, Actividades Artísticas

4. Horario: 21-04-2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Corregimiento/Vereda/Barrio	Edad	Género	Teléfono	Estado			Rangos Edad	Desplazamiento			Victima			Firma	Huella	Observaciones
								Asistencia	Mora	Retiro		Si	No	No sabe/no responde	Si	No	No sabe/no responde			
11	Vicente Rodriguez Vega	cc	940679	Simonita	x		3009537490	x				x				x		Vicente Rodriguez		
12	Maria de los Dolores Herrera de Serna	cc	22829936	Simonita	x				x			x			x			Maria Dolores		
13	Jorge Enrique Quintero Diaz	cc	7302000	Simonita	x		3226615802	x				x			x					
14	Amayesus Rojas	cc	4968 6660	Simonita	x		3234095630	x				x			x			Amayesus Rojas		

Firma funcionario responsable: Jinette Pena Pena

[illegible] Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de la estrategia y tomas de decisión según el artículo mayor en el desarrollo de la Política [illegible] Bienestar asumiendo el uso de fotografías / videos, testigos para efectos de la sistematización y presentación de los resultados [illegible] artículo mayor

15/9

ATENCION DE HOGARES INFANTILES

Registro Unificado Integral de Atención Niños/as
HOGARES LACTANTES AMANECER

1. Modalidad/Tipología: Familiar
2. Centro de Atención Regional / Unidad de Servicio: Puerto Inírida
3. Nombre de la ACTIVIDAD: Jornada de atención integral a niños y niñas - Atención general, Actividades Pedagógicas, Lúdicas y Recreativas, Actividades Socioculturales
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 21-04-2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Caracterización/Vereda Residencia	Sexo	Edad	Fecha Nacimiento	Valoración Antropométrica: Talla (Niños Menor)	Valoración Antropométrica: Peso (Niños Menor)	Valoración Antropométrica: Talla (Niños Mayor)	Valoración Antropométrica: Peso (Niños Mayor)	Firma	Huella	Observaciones
1	ELEUTERIO PAYARES CRUZADO	CC	19850071	Boca de la Honda	X			X	X		X	ELEUTERI		
2	ALIX JULIO SALAZAR	CC	30863060	Boca de la Honda	X		377777 4325	X	X		X	ALIX		
3	Trobaldo sayas florez	CC	3814302	Boca de la Honda	X		302438 3074	X	X		X	no firma		
4	EDITA CECILIA PALLARES SURMAI	CC	30863055	Boca de la Honda	X		323229 6972	X	X		X	EditaCecili		
5	ANA JULIA PALLARES MURILLO	CC	30863030	Boca de la Honda	X		377777 4325	X	X		X	NO		

Firma del Verificador responsable: Luz mila P.B

Nombre

El suscrito [illegible] en mi calidad de [illegible] Comisaría de Familia [illegible] de 2012 y el Decreto 1137 de 2012 [illegible] Protección de datos personales y con la debida [illegible] [illegible] para el debido tratamiento [illegible] [illegible] [illegible]

1500

ESCUELA DE HABILIDADES SOCIALES

Programa Atención Integral a Adultos Mayores
FORMATO DE ENCUESTA DE ASISTENCIA

1. Alcaldía: Bocas del Toro
2. Corregimiento: Boca de la Honda
3. Nombre de la Actividad: Clase Social
4. Programa: Atención Integral a Adultos Mayores
5. Fecha: 21-04-2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de identidad	No. Identificación	Corregimiento/Distrito/Comunidad/Localidad	Sexo	Edad	Teléfono	Estado civil: a			Ocupación: a			Vivienda: a			Firma	Huella	Observaciones
								Soltero	Casado	Viudo	Grupo Étnico	Si	No	No trabaja	Si	No	No tiene			
6	Carmen Dolores Pallares Cañizares	CC	30863047	Boca de la Honda	x				x		x		x		x		CARMEN PC		
7	Salomon Peñares Duran	CC	3820245	Boca de la Honda	x			x			x		x		x				
8	Catalino Peña Elorez	CC	3819248	Boca de la Honda	x		314545 6506	x			x		x		x		Catalino		
9	Elida Isabel Estrada de Salazar	CC	22829437	Boca de la Honda	x				x		x		x		x		Elida		
10	Sergio Emilio Estrada Estrada	CC	79850001	Boca de la Honda	x		310209 5263	x			x		x		x		Sergio E.		

Nombre del facilitador responsable: Luz M. Ia P. B

El uso de la información recolectada en esta ficha de encuesta se regirá por la Ley 81 de 26 de marzo de 2019 sobre Protección de Datos Personales y su reglamentación, y la Ley 6 de 22 de enero de 2002 que dicta normas para la Transparencia en la Gestión Pública, establece la Acción de Habeas Data y dicta otras disposiciones. Los datos personales aquí recolectados serán utilizados únicamente para los fines estadísticos y administrativos del Programa Integral a Adultos Mayores en el Corregimiento de Boca de la Honda.

152

ALCALDÍA DE RIONEGRO, ANTIOQUIA

Programa Alcaldía de Antioquia en Acción Rionegro
FORMATO LISTADO DE ASISTENTES

1. Nombre de la actividad: [illegible]
2. Lugar: [illegible]
3. Programa: [illegible]
4. Fecha: 21-01-2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda/Barrio/Institución	Sexo F	Sexo M	Teléfono	Niños: Asistencia	Niños: Hora	Niños: Cita	Tamizajes: Marque con una X	Discapacidad: M	Discapacidad: F	Discapacidad: No reconocido	Víctimas: M	Víctimas: F	Firma	Huella	Observaciones
71	EDUAIDO PARARES VANEGAS	CC	19850015	Boca de la Honda	X			X					X		X		Eduardo Pallares V		
72	JUANA ISABEL VELASQUEZ MUÑOS	CC	45775159	Boca de la Honda	X			X					X		X		Juana		
73	INOCENSIO SALAZAR CRUZADO	CC	19850012	Boca de la Honda	X		321959 3288	X					X		X		NO FIRMA		
74	CLARA ALEIDA SURMAY PALMET	CC	22828002	Boca de la Honda	X		321959 3288	X					X		X		NO		
75	FAUSTINO CRUZADO ESTRADA	CC	940477	Boca de la Honda	X		313534 6858	X					X		X		[illegible]		

Firma del facilitador responsable: Luz M. la P. B

Cargo

[illegible]

1572

MANDO DE POLICIA RURAL

Programa Seguridad y Justicia Mayor
PODEMOS LLEVARLO MAS LEJOS

1. Municipio/Municipio: Sincelejo

2. Centro de Mando Responsable de la actividad: Sincelejo

3. Objetivo de la ACTIVIDAD: Jornada de depuración integral de antecedentes, Atención general, Autoridades, Psicología, visita y Odontología, Actividades Recreativas

4. Fecha de la actividad: 21-04-2026

Consecutivo	Nombres y Apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda, Barrio/Sector	Sexo F	Sexo M	Teléfono	Huellas: Manos Izquierda	Huellas: Manos Derecha	Huellas: Manos Pulgar	Huellas: Dedos Izquierda	Huellas: Dedos Derecha	Huellas: Dedos Pulgar	Firma	Huella	Observaciones
16	Maria Payares murillo	CC	30863020	Boca de la Honda	X			X	X	X	X	X	X	NO		
17	Martin Pallares cruzado	CC	19850044	Boca de la Honda	X			X	X	X	X	X	X			
18	Cenaida estrada estrada	CC	22829372	Boca de la Honda	X			X	X	X	X	X	X	NO FIRMA		
19	Digno Payares Duran	CC	19850017	Boca de la Honda		X	313814 2745	X	X	X	X	X	X			
20	Alvaro Payares estrada	CC	19850009	Boca de la Honda	X		322538 7466	X	X	X	X	X	X			

Firma del FACILITADOR responsable: Luz mila P.B

Nombre

El suscrito ha sido puesto en conocimiento de la Ley de Habeas Data (Ley 1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentó la Protección de datos personales y los mismos serán utilizados exclusivamente para el objeto de la actividad y no podrán ser cedidos a terceros sin autorización del titular.

Los anteriores datos serán tomados en una fotografía, huellas y firmas para dejar constancia de la identificación y posterior uso de los mismos en el marco de la participación ciudadana y la atención integral a víctimas.

15/23

ALCALDIA DE SOPLAYO, BOLIVAR

Programa Atención Integral a Familia Mayor
FORMULARIO UNICO DE ABSCRIPCION

1. Nombre Beneficiario: _____ Fecha: _____

2. Nombre de Persona que Responsable de la entidad: _____ Cedula: _____

3. Nombre de la Entidad: _____ 4. Programa: Atención Integral a Familia Mayor

4. Fecha (DIA/MES/AÑO): 21-04-2026

Nombre y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Sexo	Edad	Teléfono	Estado civil	Vive solo	Vive con	Grupo étnico	Discapacidad			Madres			Firma	Huella	Observaciones
											Si	No	No responde	Si	No	No responde			
1 Mercedes Cuesta Jimenez	CC	39009760	Boca de la Honda	X				X		X		X		X			MercedesCuesta		
2 Eulalia Maria Payares Murillo	CC	30863052	Boca de la Honda	X				X		X		X		X			NO		
3 Maria Cuesta Jimenez	CC	30863042	Boca de la Honda	X		310739 5806		X		X		X		X			MariaCuesta		
4 Senaida Bermudez Romero	CC	30863034	Boca de la Honda	X		314564 6122		X		X		X		X			SenaidaB		
5 Antonia Pallares ESPEJO	CC	30863033	Boca de la Honda	X				X		X		X		X			Antonia		

Firma del Facilitador responsable: Luz mila P. B

Nombre

El uso de los datos aquí tratados se rige por la Ley [illegible] de [illegible] y el DECRETO [illegible] de 2012 que reglamenta la Protección de datos personales y las autorizaciones dadas [illegible] para el tratamiento de sus datos personales y el ejercicio de sus derechos [illegible]

1524

ALCALDIA DE MANAUTE, BOLIVAR

Programa Atención Integral a la Primera Infancia

FORMULARIO DE ASISTENCIA

1. Sitio de Desarrollo

2. Centro de Atención Pedagógica - UCA de la localidad

3. Nombre de la Actividad

Modalidad

Cuidar Sala

Jornada de atención integral para niños: Atención general, Intervención, Psicología, Visita y Valoración, Valoración Psicomotriz

2. Programa

4. Fecha 21-04-2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Zona/Agrupación/Vereda Corregimiento	Rural	Urbano	Edad(en años)	Género M	Género F	Grupo Étnico	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Discapacidad No reportado	Víctimas SI	Víctimas NO	Víctimas No reportado	Firma	Huella	Observaciones
26	Julia Pallares cruzado	UV	30863024	Boca de la Honda	X				X			X		X					
27	Sabina Pallares Surmay	UV	30858037	Boca de la Honda	X				X			X		X			NO firma Sabina P		
28	Rafael Antonio Pallares Duran	UV	3820194	Boca de la Honda	X			X				X		X			Rafael Pall.		
29	María cristina garcía lopez	UV	45743514	Boca de la Honda		X	313604 1540		X			X		X			María		
30	Ilse velasque valle	UV	30863043	Boca de la Honda	X		321807 3164		X			X		X			ilsen		

Firma de la Auxiliar responsable: Luz mila P. B

1529

ALCALDÍA DE MONTELÍBANO

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Nombre/Modalidad: Montelíbano

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Día

3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral adulto mayor: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Área y manualidades, Actividades Físico-Lúdicas

4. Programa: Atención Integral al Adulto Mayor

5. Fecha (DD/MM/AAAA): 21-04-2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Barrio residencia	Edad	Género	Teléfono	Salida con ayuda			Riesgo/Barrera	Necesita cuidador			Victima			Firma	Cuadro	Observaciones
								Ayuda	Bastón	Silla		Si	No	Se necesita	Si	No	Se necesita			
M7	Luis Pallares Maldonado	V	19850033	Boca de la Honda	X						X		X		X			20		

Firma de la Madre Cuidadora/Adulto: Luz mila p.b

1526

ALCALDIA DE MAHATES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

Modalidad: Morales Bolivar — 3. Programa: Atención Integral al adulto mayor
Centro Vida: Centro Vida. — 4. Fecha (DD/MM/AAAA): 22 05 2026
Actividad de atención integral para la salud, fortalecer ejercicio, Psicología, Risas y socialización, Actividades físico-cultural: Bodega C.

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Corregimiento/Vereda/Institución	Sexo		Teléfono	Estado Civil (CC)			Discapacidad			Victima			Firma	Huella	Observaciones
					M	F		Casado	Unión Libre	Otro	Si	No	Cual?	Si	No	Cual?			
1	Sefanel Martinez Silva.	CC	3818303	Bodega C/.	x		3117648459	x				x			x		Elfanel Martínez		
2	Lucila Hatos Torres.	CC	22824360	Bodega C/o		x	3132253458	x				x		x			Lucila Hatos T		
3	Ana Josefa Avdila L.	CC	26766389	Bodega C/.		x	3102645152	x				x			x		no Firma.		
4	Lilia nigrinis	CC	2282441 5	Bodega C/.		x	3128099279		x			x		x			Lilia NIGRINIS		
5	Rafael Ovido.	CC	3818262	Bodega C/.	x		3225500927	x				x			x		Rafael Ovido		

Funcionario Facilitador (nombre y cédula): Everlides Hargett R

Nombre

El uso de los datos está sujeto a lo dispuesto en la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los escritos sobre utilización exclusivamente para analítica de tendencias y comportamientos sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / huellas para efectos de la caracterización y permanencia de los usuarios en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor

1529

ALCALDIA DE MEDELLIN, COLOMBIA

Programa: Atención Integral a Adulto Mayor

PUNTO DE VIGILANCIA DE ASISTENCIA

Nombre: Horacio Boliva. Centro Vida. Bodega C

22 05 2026

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Fecha expedición/Fecha nacimiento	Sexo		Teléfono	Estado Civil			Discapacidad			Gestante			Firma	Huella	Observaciones
					F	M		Soltero	Casado	Unión Libre	Si	No	Tipo de discapacidad	Si	No	Semanas de gestación			
6	Delia Rosa. Dias C.	cc	22824311	Bodega C/.	X		3146385259	X				X			X		Delia Rosa. Dias C.		
7	Adalberto Thomas C.		#818380	Bodega. C/.	X		3015189944	X				X			X		ADALBERTO C		
8	Emerito del Castillo.		3878205	Bodega C/.	X		3215363173	X				X			X		Emerito del Castillo		
9	Herminia. Haria. Lache.		22824348	Bodega C/.	X		3106030374	X				X			X		Herminia		
10	Ana Victoria Yerente Silva.		22824395	Bodega C/.	X		3122704049	X				X			X		Ana Victoria Yerente		

Firma [illegible]: Everlidis Hargot R.

1528

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Morales Bolivar 2. Programa: Atencion integral al adulto mayor

3. Centro de Atención Responsable de la Actividad: Centro Vida. 4. Fecha (DD/MM/AAAA): 22052026

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area salud, (Medicina general, Odontologia, Psicologia, Area recreativa, Actividades Intramurales) Bodega C.

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Barrio de residencia	Sexo	Edad	Telefono	Estado (Cruce con la X)			Discapacidad			Victima			Firma	Huella	Observaciones
								Hipertenso	Adulto mayor	Otro	Si	No	No responde	Si	No	No responde			
11	Rosario Sereno Horcada.	CC	22824337	Bodega C/.	X		3203193005		X			X			X		Rosario Sereno M		
12	Santander Beltran Rivera.	CC	3756994	Bodega C/.	X		3226532349	X				X			X		Santander B		
13	Edelmaria Paisaro.	CC	26900243	Bodega C/.	X		3117657282		X			X			X		No firma		
14	Pedro Ricon	CC	3818358	Bodega C/.	X		3234820621	X				X			X		No firma.		
15	Margorita Vargas.	CC	32020145	Bodega C/.	X		3207259987		X			X			X		Margorita V		

Firma (s) facilitador (responsable): Everlides M RA.

El uso de los datos aquí tratados se ajustará a lo dispuesto en la Ley Colombiana de Habeas Data (Ley 1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y las condiciones exigidas para realizar tratamiento de información y consentimiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolivar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y promoción de las mismas en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1509

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

Municipio: Morales Bolivar 3. Programa: Atención integral al adulto mayor

Centro Vida: Centro vida. 4. Fecha (DD/MM/AAAA): 22-05-2026

Jornada de atención integral: Bodega C.

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Corregimiento/Vereda/Barrio/Manzana	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Sexo: Otro	Edades con corte a 31 de diciembre de 2026	Discapacidad (Sí): Sí	Discapacidad (Sí): No	Discapacidad (Sí): No responde	Víctima: Sí	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella	Observaciones
16	Alfonso Mattos.	CC	3818381	Bodega C/.	X		3142277848	X					X		X			ALFONSO MATTOS		
17	Fanny. N Rios.	CC	22824354	Bodega C/.		X	31442435 12		X				X		X			Fanny Rios		
18	Benito Martinez.	CC	22824331	Bodega C/.	X		3107881769	X					X		X			BENITO MS		
19	ofelia R. caña. Garcia.	CC	26867323	Bodega C/.	X		3104581991		X				X		X			ofelia caña		
20	Serguio Gutierres. Caña	CC	5.086609	Bodega C/.	X		3108500615	X					X		X			[illegible]		

Firma (o huellas) responsable: Everlides HRA.

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los mismos serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y cumplimiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los solicitantes firmantes autorizan el uso de fotografías y videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1530

ALCALDÍA DE MANIZALES, 2024-2027

Programa Dirección General de Atención Integral

Horalia Bolivar | Centro Vida. | Bodega C. | 22052026

21	Ana Lucia. Rigon H.	C	27853098	Bodega C/.	X		3136226103	X		X			X			X		no firma.		
22	Eloyencia. Chavez. Hartinez.	C	22824349	Bodega C/.		X	3135547571	X			X			X				Morencia Chávez		
23	Alonso Jiménez	CC	3818265	Bodega Central	X		3104588675	X		X			X			X		Alonso Jiménez		
24	Elena. Hartinez Silva.	C	22824359	Bodega C/.		X	3136913933	X		X			X			X		Elena Hartinez Silva		
25	Nora Edith Caña García	C	26867339	Bodega C/.	X		3128895765	X		X			X			X		nohora Caña García		

Firma de los Medios Implementados: Everlides HRA.

1531

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Proyecto Atención Integral al Adulto Mayor

FORMATO ESTUDIO DE ASISTENCIA

Morales Bolivar - Programa - Centro Vida - 22 05 2016

Bodega C.

Consecutivo	Nombres y apellidos	No. Identificación	Corregimiento/Barrio/Vereda	Sexo M	Sexo F	Teléfono	Grupo Etario	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Victima SI	Victima NO	Firma	Huella	Observaciones
26	Julia. Oviedo Garcez.	cc 39006836	Bodega C/.	X		32077367 87.	X		X		X	Julio OVIEDO		
27	Anselmo Martinez peña.	cc 939734.	Bodega C/o	X		32185562 78	X		X		X	no firma.		
28	Eladio Navarro Rios.	cc 3818330	Bodega C/.	X		32078332 4	X		X		X	Eladio N. R.		
29	Luis Antonio N	cc 3818362	Bodega C/.	X		32238086 42			X		X	Luis A.N.R.		
30	farides. Otero Rodriguez.	cc 22824362	Bodega C/.	X		31233156 19.	X		X		X	Farides Otero R		

Firma del Verificador Responsable: Everlides H RA.

1532

Morales Bolivar
Centro vida. 22 05 2026
Bodega C.

31	Eyocilda. Rios de la. Rosa.	22824349	Bodega C/.	X		31439413 53	X		X		X			X			Eroscilda Rios de la Rosa.		
32	Eladio Hartinez S	18911730	Bodega C/.	X		32067760 90	X		X		X			X			Eladio M		
33	Victor seferino S.	939688	Bodega C/.	X		31469527 40	X		X		X			X			Victor Se. J		
34	Berta. Sangono Navarro	49664424	Bodega C/.	X		31065109 26	X		X		X			X			Berta Sangino		
35	Herminia. Avendaño Ortos	22824378	Bodega C/.	X		3112131262	X		X		X			X			Herminia A		

Firma (o huella) solicitante: Eyerlides HRA.

El uso de los datos aquí inscritos se ajustará a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y las autorizaciones dadas solo podrán ser utilizadas exclusivamente para el ejercicio de las funciones y competencias propias de la Registraduría Nacional del Estado Civil en el departamento de Bolívar.
Los abajo firmantes autorizan el uso de fotografías, videos, imágenes, para efectos de la identificación y reconocimiento de los ciudadanos en el marco de la política pública de fortalecimiento de atención integral al estado civil.

15

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio: Morales Bolivar — 2. Programa: Atención integral al adulto mayor

3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida. — 4. Fecha (DD/MM/AAAA): 22 05 2026

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para adultos mayores (Medicina general, Odontología, Psicología, Aseo y rehabilitación, Actividades físico-lúdicas) Bodegas C.

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda/Barrio/Comunidad	Sexo F	Sexo M	Teléfono	Rango Etario: Menor de 60	Rango Etario: Entre 60 y 65	Rango Etario: Entre 70 y 74	Rango Etario: Entre 75 y 79	Rango Etario: Entre 80 y 84	Rango Etario: Entre 85 y 89	Rango Etario: Mayor a 100	Discapacidad: Sí	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Sí	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella	Observaciones
36	Natalia Polo de Diaz	CC	22824109	Bodega C/.	X		3145898468							+	X			X			Natal		
37	Luis Antonio Otero		3818288	Bodega C/.	X		3143941353							+	X			X			Luis Otero		
38	Felicia del Carmen Gerra		23049544	Bodega C/.	X		3126983077							+		X		X			Felicia Gerra.		

Firma del facilitador responsable: Evelides HRA.

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Hábeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y consultoría sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

15-34

ALCALDIA DE MORALES BOLIVAR

Programa: Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO ATENCION DE ASISTENCIA

Sitio: Morales Bolivar. 22.05.2026.

1. Municipio/Localidad:

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida: Bodega C.

3. Fecha (DD/MM/AAAA):

4. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para adultos: Medicina general, Nutricionista, Fisioterapia, Aseo y manicure/pedicure, Actividades físico-culturales

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Edad: Años	Edad: Meses	Talla/cm	Salud oral 3: Saliva: Normal	Salud oral 3: Saliva: Alterada	Salud oral 3: Saliva: Dia	Salud oral 3: Grupo Etario	Salud oral 3: Discapacidad: Si	Salud oral 3: Discapacidad: No	Salud oral 3: Discapacidad: No responde	Victima: Si	Victima: No	Victima: No responde	Firma	Huella	Observaciones
39	Noemi Chavez Florez.		26765170	Aura Maria.	X		3107118400	X			Menor de 60 / Entre 60 y 65 / Entre 66 y 70 / Entre 71 y 75 X / Entre 76 y 80 / Entre 81 y 85 / Entre 86 y 90 / Mayor a 100		X		X			Noemi Chavez Florez		
40	Fabiola. Amariz. Eren.		26731835	Aura Maria.	X		3126626401	X			Menor de 60 / Entre 60 y 65 X / Entre 66 y 70 / Entre 71 y 75 / Entre 76 y 80 / Entre 81 y 85 / Entre 86 y 90 / Mayor a 100		X		X			FAmariz		
											Menor de 60 / Entre 60 y 65 / Entre 66 y 70 / Entre 71 y 75 / Entre 76 y 80 / Entre 81 y 85 / Entre 86 y 90 / Mayor a 100									
											Menor de 60 / Entre 60 y 65 / Entre 66 y 70 / Entre 71 y 75 / Entre 76 y 80 / Entre 81 y 85 / Entre 86 y 90 / Mayor a 100									
											Menor de 60 / Entre 60 y 65 / Entre 66 y 70 / Entre 71 y 75 / Entre 76 y 80 / Entre 81 y 85 / Entre 86 y 90 / Mayor a 100									

Firma del facilitador (nombre completo): Everlides HRA.

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Hábeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los usuarios serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1535

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio: Morales
2. Centro de Atención Programada en la actividad: Centro Vida
3. Programa: Atención integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 2304-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral con modelo: Medicina general, Fisioterapia, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-recreativas

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda/Barrio residencia	Edad	Años	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: SI	Discapacidad: NO	Discapacidad: No responde	Víctima: SI	Víctima: NO	Víctima: No responde	Firma	Huella	Observaciones
7	Luis Guillermo	CC	U6719173	Rio Morales	x		3238318377	x					x			x		no Firma		
2	Evelio Antonio Reinel Diaz	CC	3818124	Rio Morales	x		3234655022	x				x				x		no Firma		
3	Ledis Maria Zarante Cones	CC	26136300	Rio Morales	x		3148433654		x				x			x		Ledis Z.		
4	Marlene Angel Barra	CC	22829834	Rio Morales	x		3507513162		x				x			x		Marlene D.		
5	Luis Eduardo De la Rosa	CC	U1731252	Rio Morales	x		3502417260	x				x				x		no Firma		

Firma (o Huella) del Facilitador responsable: Miriam Correa
Nombre

El uso de los datos aquí indicados de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los mismos serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

15-26

ALCALDIA DE BOLIVAR, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Alcaldía/Municipio: Bolivar
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro rural
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para nuevos ingresos: dotación y ajustes, nutricionales, fisiológicos, sicológicos y musculoesqueleticos, Autocuidado Rasca y Gana
4. Programa: Atención integral al adulto mayor
5. Fecha (DD/MM/AAAA): 27-04-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de identificación	No. Identificación	Corregimiento/Vereda/Localidad/Barrio	SISBEN	Edad	Teléfono	Talla (cm)	Peso	Grupo Etario	IMC			Glicemia			Firma	Huella	Observaciones
											Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Si	No			
6	Natalia Salazar De Hernandez	U V	U22829756	Rio Morales	X		3507273659		X			X			X		Natalias		
7	Oneida Maria Rivera Jimenez	U V	U22829752	Rio Morales	X		3123246368		X			X			X		OneidaR		
8	Eleonilde Tovar Figueroa	U V	51862692	Rio Morales	X		3237045931		X		X				X		no Firma		
9	Andres Manrique Vargas	U V	73020482	Rio morales	X		3217764709		X								no Firma		
10	Nanci Esther Pedroso Pallares	U V	U22829937	Rio Morales	X		3224035676					X			X		Nancy Pedroso		

Firma del facilitador responsable: Miriam Correa

Nombre

1537

ALCALDÍA DE MONTELÍBANO, BOLÍVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Cliente/Beneficiario: Adultos

2. Gestor de Atención Responsable de la actividad: Agente Vial

3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para Cuidar, Medicina general, Nutricionista, Psicología, artes y manualidades, Actividades físico-cultural

4. Programa: Atención integral al adulto mayor

5. Fecha (DD/MM/AAAA): 22-04-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Corregimiento/Barrio/Vereda de residencia	Edad	Género	Celular	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Étnico	Discapacidad: Sí	Discapacidad: No	Discapacidad: No suministrado	Víctima: Sí	Víctima: No	Víctima: No suministrado	Firma	Huella	Observaciones
11	Fautina Arango Salazar	U	U22829309	Rio Mojados	x		3216211845	x					x			x				

Firma del facilitador encuestador: Miriam Correño

Nombre

El uso de los datos será basado de acuerdo con lo de Constitución de Ocaña Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los mecanismos para ejercer los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información que se haya recogido sobre ellos en las bases de datos o archivos y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia.

Las personas firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la caracterización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

4. LAURA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Distrito/Municipio: Bolivar
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para adultos: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Aseo y mantenimiento, Actividades físico-cultural
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 22-04-26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Sexo	Edad	Teléfono	Estado civil (marcar X): Unión libre	Casado	Viudo	Soltero	Grupo Etario: Menor de 60	Entre 60 y 65	Entre 70 y 75	Entre 80 y 85	Entre 90 y 95	Mayor a 100	Discapacidad: Si	No	No reconocido	Cédulas: Si	No	No reconocido	Firma	Huella	Observaciones
6	Edelmira Pacheco Pacheco	CC	22824372	Vereda Remolino	X		3233587952	X									X				X			Edelmira		
7	Carlos Arturo Osorio Alzate	CC	10157192	Vereda Remolino	X		3116711561	X								X			X			X		Carlos Osorio A		
8	Luis Carlos Galan	CC	7302359	Vereda Remolino	X		3114208587	X								X			X			X		no Firma		
9	DELCY Altamar Pacheco	CC	22824371	Vereda Remolino	X		3208268828	X								X			X					NO Firma		
10	Maria Benilda Lara Rojas	CC	49662278	Vereda Remolino	X		3116711519	X								X			X			X		Benildal		

Firma (o huella) del facilitador responsable(s): Miriam Carreño
Nombre

El uso de los datos aquí tratados se ajustará a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes autorizan el uso de fotografías, videos, imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1599

ALCALDIA DE MOMPOS, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Barrio/Municipio: Barrio:
2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida
3. Programa: Atencion integral al adulto mayor
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 22-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atencion integral para adultos, Medicina general, Fisioterapia, Psicologia, Area y manualidades, Actividades Etno-cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Talla: Hombres	Talla: Mujer	Talla: Otro	Rango Edad	Discapacidad: SI	Discapacidad: NO	Discapacidad: No reconocido	Victima: SI	Victima: NO	Victima: No reconocido	Firma	Huella	Observaciones
1	Amalia vasquez Pimienta	CC	1228244424	Vereda Remolino	x		3117454000	x				x			x			no Firma		
2	Ismael Guerrero Charles	CC	3980632	Vereda Remolino	x		3202380087	x				x			x			Ismael G		
3	Jaime Carreño Gulloso	CC	3904604	Vereda Remolino	x		3136586224	x				x			x			no Firma		
4	Pedro Jose Rivas moreno	CC	5582759	Vereda Remolino	x		3126492315	x				x			x			no Firma		
5	Jairo Badillo Pacheco	CC	5715075	Vereda Remolino	x		3028432100	x				x			x			Jairo		

Firma del facilitador (responsable): Miriam Carreño
Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolivar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1540

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio/Localidad: Morales
2. Programa: Atención integral al adulto mayor
3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Casa Vida
4. Fecha (DD/MM/AAAA): 22-04-26
5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para adultos: Medicina general, Fisioterapia, Psicología, Aseo y mantenimiento, Actividades físico-culturales

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Rural	Urbano	Teléfono	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: LGTI	Rango Etario	Población con pert. ?: Discapacidad: Sí	Discapacidad: No	Discapacidad: No responde	Víctima: Sí	Víctima: No	Víctima: No responde	Firma	Huella	Observaciones
11	Orlando Agusto Quiñones Rios	CC	3818208	Vereda Remolino	x		3008548431	x					x			x		Orlando Quiñones		
12	Luis Enrrique Jimenez Beleño	CC		Vereda Remolino	x		3147096576	x					x			x		no Firma		
13	Irene Sanchez Rodriguez	CC	26795237	Vereda Remolino	x		3144072929		x				x			x		NO Firma		
14	Noel Pacheco Posada		5030295	Vereda Remolino	x		3127795056	x					x			x		Noel Pacheco		

Firma del facilitador responsable: Miriam Currea
Nombre

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los mismos serán utilizados exclusivamente para análisis, estadísticas y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1541

ALCALDÍA DE MONTERÍA, BOLÍVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor

Fecha: 23/04/26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. identificación	Consentimiento/Derecho a la información	Asiste	Edad	Cuidador	Datos con valor A			Huellas			Firma	Huella	Observaciones
								Bien			Discapacidad			Visión					
								Camina	Habla	Oye	Origen Étnico	Si	No	No reconoce	Si	No	No reconoce			
1	morfalpha Rodrigue gomez	CC	21490433	micoahumado	X		No tiene	X				X			X			No firma		
2	Alfinger molina Reyes	CC	13165028	micoahumado	X		notiene	X				X			X			ALFI		
3	Delio castro	CC	12522849	micoahumado	X		No tiene	X				X			X					
4	victor Julio Bastida Rangel	CC	19665006	micoahumado	X		No tiene	X				X			X			JBB		
5	Jose dolores villegas carranza	CC	12617009	micoahumado	X		No tiene	X				X			X			NO FIRMA		

Firma del Auxiliar responsable: Yuly Navarro

1542

4. Fecha 23/04/26

6	Gilma Rosa Diaz Quintero	C	36585307	micabahomado	X		No tiene					X		X		NO FIRMA	
7	Amalia correa Clavijo	C	1960188	micabahomado	X		No tiene					X		X		NO FIRMA	
8	Gladys Angarita	C	45775147	micabahomado	X		No tiene					X			X	NO FIRMA	
9	Danilo de Jesus Gonzales Torres	C	15315806	micabahomado	X		No tiene					X		X		NO FIRMA	
10	Martin Galvez contreras	C	5723528	micabahomado	X		No tiene					X			X	NO FIRMA	

Yuly Navarro

1543

ALCALDIA DE MONPOJOS, BOLIVAR

Programa: Atención integral al Adulto Mayor
FORMATO UNICO DE ASISTENCIA

1. Dirección/Municipio: Monpos

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Dia

3. Programa: Atencion integral al adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 23/04/26

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para adultos: Medicina general, Odontología, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-recreativ

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda/Institución	Sexo: M	Sexo: F	Edad	Talla/cm	Salud con cod. T: Sexo: Asistente	Sexo: Retirado	Sexo: Fin	Grupo Etario	Discapacidad: Si	Discapacidad: No	Discapacidad: No reportado	Victima: Si	Victima: No	Victima: No reportado	Firma	Huella	Observaciones
11	luis JOSE Felizzola castro	CC	77006731	micoahumado	X			NoTiene	X					X		X			NoFirma		
12	juan de dios villegas botello	CC	18911863	micoahumado	X			NoTiene	X					X		X					
13	Teresa de Jesus solano castro	CC	49670678	micoahumado	X			NoTiene		X				X		X			NoFirma		
14	Alirio echaves lazaro	CC	5014686	micoahumado	X			NoTiene	X					X			X		NoFirma		
15	luis evelio salazar angarita	CC	7922439	micoahumado	X			NoTiene	X					X		X			NoFirma		

Firma (o) facilitador responsable: Yuly Navarro

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1544

ALCALDIA DE MANIZALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Ubicación/Municipio: Manizales

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para mayores: Medicina general, Odontología, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico-cultural

4. Programa: Atención integral al adulto mayor

5. Fecha (DD/MM/AAAA): 23/04/26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Autoreconocimiento/Vereda residencia	Sexo	Edad	Etnia	Padecen	Estado civil actual C			Vivienda			Firma	Huella	Observaciones
									Soltero	Casado	Unión libre	Propia	Alquiler	No responde			
16	Pedro antonio Quintero	CC	12500952	micoahumado	X			Notiene	X			X			pedro		
17	Gabriel Trillos Forero	CC	7952127	micoahumado	X			Notiene	X			X			gabriel		
18	luz alba barbosa yaruro	CC	27704289	micoahumado	X			Notiene		X			X		No firma		
19	Jose de la rosa Herrera chavez	CC	18913711	micoahumado	X			Notiene	X			X			No firma		
20	mery barragan sanchez	CC	45775696	micoahumado	X			Notiene		X		X			MERY BARRAGAN		

Profesional facilitador responsable: Yuly Navarro

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Protección de datos personales y los estudiantes serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar. Los anteriores términos autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la caracterización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1545

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa: Educación Integral en Salud Sexual
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Nombre/Municipio: _____ Sector: _____
2. Nombre del Servicio Responsable de la actividad: _____ Centro Vida: _____
3. Nombre de la Actividad: _____ 4. Programa: _____
4. Fecha: 23/04/26

Consecutivo	Nombres y Apellidos	Tipo de Identificación	No. Identificación	Correo electrónico/Número celular/Dirección	Sexo		Edad	Salud con sus X						Firma	Huella	Observaciones
					F	M		Asma	Hipertensión	Diabetes	Ninguna	Otra	Cuál			
21	Maria Etelvina Ramires Alfonso	CC	45743105	micoahumado	X		Notiene	X			X		X	NOFIRMA		
22	maria edelmira castaño hincapie	CC	21997831	micoahumado	X		Notiene	X			X		X	NO FIRMA		
23	Ana Vicente Trillos Angarita	CC	45725004	micoahumado	X		Notiene	X			X		X	NO FIRMA		
24	Maria Adelfa Padilla	CC	45743484	micoahumado	X		Notiene	X			X		X	NO FIRMA		
25	Reyes Martinez	CC	7626107	micoahumado	X		Notiene				X		X	NOFIRMA		

Firma funcionario responsable: Yuly Navarro
Nombre

En caso de los datos son tratados de acuerdo con la Ley Estatutaria de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta el Tratamiento de datos personales y me manifiesto serle voluntario suministrarlos para el fines de recolección y procesamiento sobre la atención integral a adulto mayor en el departamento de Bolivar
Los anteriores fines incluyen el uso de fotografías / videos / imágenes para difusión de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al Adulto mayor

1546

ALCALDIA DE MONSALVE, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Alcaldía/Municipio: Monsalve

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Programa: Atención integral al adulto mayor

4. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para adultos (Medicina general, Nutricionista, Psicología, Artes y manualidades, Actividades físico cultural)

5. Fecha (DD/MM/AAA): 23/04/26

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Rural	Urbano	Hombre	Sexo: Mujer	Sexo: Otro	Grupo Etario	Discapacidad: Sí	Discapacidad: No	Victima: Sí	Victima: No	Firma	Huella	Observaciones
26	esther sanches quintero	CC	1048992648	micoahumado	X			X				X	X		NO Firma		
27	ana celis dodino	CC	26682111	micoahumado	X			X			X			X	NO Firma		
28	maria caruajalino	CC	27658831	micoahumado	X			X			X		X		ella ya no sabe firmar		
29	marta lilia giraldo rodriguez	CC	36585051	micoahumado	X			X			X		X		NO Firma		
30	maria cenaida vargas alfonso	CC	45775701	micoahumado	X			X			X		X		NO Firma		

Firma del facilitador responsable(s): Yuly Navarro

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Los asistentes firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la caracterización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor

1519

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Municipio/Localidad: Morales

2. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

3. Programa: Atención integral a adulto mayor

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 23/04/26

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral area medica: Medicina general, Nutricionista, Psicologia, Adulto y Adultez Mayor, Actividades fisicas artisticas

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Sexo	LGBTIQ+	Etnia	Rango Edad	Discapacidad			Victima			Firma	Huella	Observaciones
									SI	NO	No reportado	SI	NO	No reportado			
31	Hermelina Jaime esteban	CC	37710914	micoahumado	X		No tiene	X		X	X				No Firma		
32	maria eugenia Hernandez Piedrahita	CC	45775081	micoahumado	X		No tiene	X		X	X				Maria Eugenia		
33	luis Surmay rodriguez	CC	7922016	micoahumado	X		No tiene	X		X	X						
34	libardo ramirez Torres	CC	18995053	micoahumado	X		No tiene	X		X					No Firma		
35	Alirio alfonso Garcia ramire	CC	13165597	micoahumado	X		No tiene			X	X				No Firma		

Firma (s) facilitador responsable: Yuly Navarro

El uso de sus datos será tratado de acuerdo con la Ley Estatutaria de Habeas Data 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolivar.

Los anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la retroalimentación y procedentes de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1548

ALCALDIA DE MORALES, BOLIVAR

Programa Atención Integral al Adulto Mayor
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

1. Nombre municipio: Morales

2. Programa: Atención integral al adulto mayor

3. Centro de Atención Responsable de la actividad: Centro Vida

4. Fecha (DD/MM/AAAA): 23/04/26

5. Nombre de la Actividad: Jornada de atención integral para adultos: Medicina general, Nutricionista, Psicología, Aseo y manualidades, Actividades físico cultural

Consecutivo	Nombres y apellidos	Tipo de documento	No. Identificación	Corregimiento/Vereda residencia	Área	Etnia	Validación	Estado civil: Unión T.				Victima			Firma	Huella	Observaciones
								Soltero	Casado	Unión libre	Grupo Etario	Si	No	No responde					
36	Jorge camacho lanchero	CC	5625134	micoahumado	X		No tiene	X					X	X	NO FIRMA		
37	Dioselina Velandia agredo	CC	45620033	micoahumado	X		No tiene		X				X	X	dioselina V Velandia		
38	Rosmira de Jesus yepe uribe	CC	22829539	micoahumado	X		No tiene		X				X	X	NO FIRMA		
39	Aura eva Herrera perez	CC	26677202	micoahumado	X		No tiene		X				X	X	aura eva		
40	luis Hernan caceres julio	CC	5443543	micoahumado	1		No tiene	X					X	X	NO FIRMA		

Firma (s) facilitador (es) responsable(s): yuly Navarro

El uso de los datos será tratado de acuerdo con la Ley Colombiana de Habeas Data (1581 de 2012) y el Decreto 1377 de 2013 que reglamentan la Protección de datos personales y los resultados serán utilizados exclusivamente para análisis de tendencias y comportamiento sobre la atención integral al adulto mayor en el departamento de Bolívar.

Las anteriores firmantes autorizan el uso de fotografías / videos / imágenes para efectos de la sistematización y presentación de los resultados en el marco de la política pública departamental de atención integral al adulto mayor.

1549

1550

Morales (Bolívar), 30 de Abril de 2026

Cuenta de cobro N° 01

FUNDACION AMOVIDA
NIT: 901.203.448-6

DEBE A:

CAROLINA ROMERO CHAVEZ
C.C N° 1.062.877.506 de Gamarra, Cesar

La suma de **CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE ($4.183.650),**

Por el concepto **PRESTACION DE SERVICIO COORDINADORA ADMINISTRATIVA EN LOS EVENTOS DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CVA-002-2026, CELEBRADO CON EL MUNICIPIO DE MORALES – BOLIVAR, CUYO OBJETO ES "AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, LOGISTICOS Y FINANCIEROS PARA ADELANTAR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE MORALES BOLIVAR, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE GARANTIZAN CONDICIONES DE VIDA DIGNA, HÁBITOS SALUDABLES, ASISTENCIA PSICOSOCIAL, ACTIVIDADES CULTURALES, ARTISTICAS Y RECREATIVAS CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DURANTE EL AÑO 2026.."** correspondientes a actividades del 01 al 30 de Abril de 2026, del contrato de Prestación de Servicios N° 2026-04-001

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No estoy obligado a expedir factura de venta según el artículo 616 – 2 del Estatuto Tributario.
3. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo que NO tomaré costos ni deducciones, por lo que solicito la aplicación del Art. 383 del ET, con la renta exenta 25%

CAROLINA ROMERO CHAVEZ
C.C N° 1.062.877.506 de Gamarra, Cesar

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

153

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1062877506
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CAROLINA ROMERO CHAVEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	MORALES	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6018510219	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		281892894

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancolombia

Certificamos que CAROLINA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1062877506, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) CAROLINA ROMERO CHAVEZ con documento CC 1062877506, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	60165102 19	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/05/05	Numero de Autorización	281892894

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230201- PROTECCION
Días		30 Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial		Normal	
SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Días		30 Tarifa	12,500 %
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días		30 Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo		1	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
aci SOI
Planilla Pagada

Nequi

(+57) 601 423 0800
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de cuenta de ahorro

Lunes, 30 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que CAROLINA ROMERO CHAVEZ identificado con cédula de ciudadanía 1062877506, al día de hoy es titular de una cuenta de ahorro con las siguientes características:

Número de cuenta Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3117953934	87055210865	ACTIVA	28-01-2022

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

1554

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

7. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141243578902

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 8 2 8 7 7 5 0 8 — 6. DV: 5

12. Dirección seccional: 4

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía — 1 3

26. Número de Identificación: 1062677506

Lugar de expedición: COLOMBIA — 28. País: 1 6 9

29. Departamento: Cesar — 2 0

30. Ciudad/Municipio: Gamarra — 2 9 5

31. Primer apellido: ROMERO

32. Segundo apellido: CHAVEZ

33. Primer nombre: CAROLINA

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Santander — 6 8

40. Ciudad/Municipio: Bucaramanga — 0 0 1

41. Dirección principal: CL 3 # 1583 TO 3 AP 101

42. Correo electrónico: carolinaromero2107@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 1 7 9 6 3 9 3 4

45. Teléfono 2: 3 1 0 6 1 5 2 6 3 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 2 1 1	2 0 2 4 0 3 0 1					

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☐ — 60. No. de Folios: — 61. Fecha:

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada:

064. Nombre:

065. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 30-03-2026 12:14:11PM

1555

Morales (Bolivar), 30 de Abril de 2026

Cuenta de cobro N° 01

FUNDACION AMOVIDA
NIT: 901.203.448-6

DEBE A:

ANDRES RAMOS HERNANDEZ
C.C N° 1.062.879.989 de Morales, Bolivar

La suma de **CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE ($4.183.650).**

Por el concepto "**PRESTACION DE SERVICIO FISICO-CULTURAL EN LOS EVENTOS DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CVA-002-2026, CELEBRADO CON EL MUNICIPIO DE MORALES – BOLIVAR, CUYO OBJETO ES "AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, LOGISTICOS Y FINANCIEROS PARA ADELANTAR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE MORALES BOLIVAR, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE GARANTIZAN CONDICIONES DE VIDA DIGNA, HÁBITOS SALUDABLES, ASISTENCIA PSICOSOCIAL, ACTIVIDADES CULTURALES, ARTISTICAS Y RECREATIVAS CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DURANTE EL AÑO 2026",** correspondientes a actividades del 01 al 30 de Abril de 2026, del contrato de Prestación de Servicios N° 2026-04-002.

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No estoy obligado a expedir factura de venta según el artículo 616 – 2 del Estatuto Tributario.
3. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo que NO tomaré costos ni deducciones, por lo que solicito la aplicación del Art. 383 del ET, con la renta exenta 25%

Andres Ramos Hdez

ANDRES RAMOS HERNANDEZ
C.C N° 1.062.879.989 de Morales, Bolivar

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

1556

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1062879989
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES RAMOS HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 15-32	TELÉFONO:	5898589
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6017089781**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		249789732	

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSION				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Banco de Bogotá

1537

Certificamos que ANDRES con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1062879989, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) ANDRES RAMOS HERNANDEZ con documento CC 1062879989, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6017089781	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/04/24	Número de Autorización	249789732

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230201- PROTECCION
Días		30 Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial		Normal	
SALUD		Administradora	EPS041- NUEVA EPS CM
Días		30 Tarifa	12,500 %
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días		30 Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo		1	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

1558

Nequi

(+57) 3024370109
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Miércoles, 4 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que ANDRES RAMOS HERNANDEZ identificado con cédula de ciudadanía 1062879989, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3184776241	87060329091	ACTIVA	18-10-2022

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

1554

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141241087881

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 6 2 8 7 9 9 8 9 | 6. DV: 8

12. Dirección seccional: 2 8

13. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 1 0 6 2 8 7 9 9 8 9

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bolívar 1 3

30. Ciudad/Municipio: Morales 4 7 3

31. Primer apellido: RAMOS

32. Segundo apellido: HERNANDEZ

33. Primer nombre: ANDRES

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Bolívar 1 3

40. Ciudad/Municipio: Morales 4 7 3

41. Dirección principal: CRR ADL dique

42. Correo electrónico: andresramos1095@gmail.com

43. Código postal: 1 3 4 5 4 0

44. Teléfono 1: 3 1 8 4 7 7 6 2 4 1

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 2	2 0 2 6 0 1 0 6						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código:

Exportadores

55. Fecha | 56. Tipo | Servicios: 1 2 3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO

60. No. de Folios:

61. Fecha:

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada:

666. Nombre:

665. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 16-02-2026 11:47:45AM

1560

Morales (Bolivar), 30 de Abril de 2026

Cuenta de cobro N° 01

FUNDACION AMOVIDA
NIT: 901.203.448-6

DEBE A:

EMY SARAY CRESPO BADILLO
C.C N° 1.052.187.722 de Morales, Bolivar

La suma de **CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE ($4.183.650).**

Por el concepto "**PRESTACION DE SERVICIO PSICOSOCIAL EN LOS EVENTOS DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CVA-002-2026, CELEBRADO CON EL MUNICIPIO DE MORALES – BOLIVAR, CUYO OBJETO ES "AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, LOGISTICOS Y FINANCIEROS PARA ADELANTAR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE MORALES BOLIVAR, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE GARANTIZAN CONDICIONES DE VIDA DIGNA, HÁBITOS SALUDABLES, ASISTENCIA PSICOSOCIAL, ACTIVIDADES CULTURALES, ARTISTICAS Y RECREATIVAS CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DURANTE EL AÑO 2026."**correspondientes a actividades del 01 al 30 de Abril de 2026, del contrato de Prestación de Servicios N° 2026-04-003.

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No estoy obligado a expedir factura de venta según el artículo 616 – 2 del Estatuto Tributario.
3. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo que NO tomaré costos ni deducciones, por lo que solicito la aplicación del Art. 383 del ET, con la renta exenta 25%

Emy Saray Crespo B.
EMY SARAY CRESPO BADILLO
C.C N° 1.052.187.722 de Morales, Bolivar

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

1564

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1052187722
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMY SARAY CRESPO BADILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 15-32	TELÉFONO:	5898589
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6016822906**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	249448253		

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Banco de Bogotá

1562

Certificamos que EMY SARAY con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1052187722, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) EMY SARAY CRESPO BADILLO con documento CC 1052187722, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	60168822906	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/04/24	Número de Autorización	249448253

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días		30 Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial		Normal	
SALUD		Administradora	EPS041- NUEVA EPS CM
Días		30 Tarifa	12,500 %
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días		30 Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo		1	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

58

Nequi

Certificado de cuenta de ahorro

Martes, 24 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que EMY SARAY CRESPO BADILLO identificado con cédula de ciudadanía 1052187722, al día de hoy es titular de una cuenta de ahorro con las siguientes características:

Número de cuenta Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3136597171	87056048418	ACTIVA	07-03-2022

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

1564

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: 141177499431

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 5 2 1 8 7 7 2 2 | 6. DV: 2

12. Dirección seccional: 2 9

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1052187722	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bolivar 1 3	Morales 4 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CRESPO	BADILLO	EMY	SARAY

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Digito

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolivar 1 3	Morales 4 7 3

41. Dirección principal: CR 7 BRR PRIMERO DE MAYO

42. Correo electrónico: 11multiserviciosbryan@gmail.com

43. Código postal: 1 3 4 5 4 0 | 44. Teléfono 1: 3 1 3 6 5 9 7 1 7 1 | 45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 8 9 9	2 0 2 5 0 5 0 8						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 | 2 | 3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

984. Nombre: CRESPO BADILLO EMY SARAY

985. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF 08-09-2025 04:10:23PM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

1565

Morales (Bolivar), 30 de Abril de 2026

Cuenta de cobro N° 01

FUNDACION AMOVIDA
NIT: 901.203.448-6

DEBE A:

JESUS DANIEL CACERES CACERES
C.C N° 1.048.993.533 de Morales, Bolivar

La suma de **TRES MILLONES CIENTO DOS MIL TRESCIENTOS PESOS MCTE ($3.102.300).**

Por el concepto **PRESTACION DE SERVICIO AUXILIAR CONTABLE EN LOS EVENTOS DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CVA-002-2026, CELEBRADO CON EL MUNICIPIO DE MORALES – BOLIVAR, CUYO OBJETO ES "AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, LOGISTICOS Y FINANCIEROS PARA ADELANTAR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE MORALES BOLIVAR, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE GARANTIZAN CONDICIONES DE VIDA DIGNA, HÁBITOS SALUDABLES, ASISTENCIA PSICOSOCIAL, ACTIVIDADES CULTURALES, ARTISTICAS Y RECREATIVAS CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DURANTE EL AÑO 2026.."** correspondientes a actividades del 01 al 30 de Abril de 2026, del contrato de Prestación de Servicios N° 2026-04-004.

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No estoy obligado a expedir factura de venta según el artículo 616 – 2 del Estatuto Tributario.
3. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo que NO tomaré costos ni deducciones, por lo que solicito la aplicación del Art. 383 del ET, con la renta exenta 25%

J. Daniel C.

JESUS DANIEL CACERES CACERES
C.C N° 1.048.993.533 de Morales, Bolivar

1566

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1048993533
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JESUS DANIEL CACERES CACERES
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 15-32	TELÉFONO:	5698569
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6017068024**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		285298483	

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001582642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

1567

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancolombia

Certificamos que JESUS DANIEL con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1048993533, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) JESUS DANIEL CACERES CACERES con documento CC 1048993533, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	60170668024	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/05/06	Número de Autorización	285298483

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días		30 Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial		Normal	

SALUD		Administradora	EPS041- NUEVA EPS CM
Días		30 Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días		30 Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo		1	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

1568

Nequi

[redacted]
Carrera [redacted]
Medellín, Colombia
[redacted]

Certificado de depósito de bajo monto

Jueves, 19 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que JESUS DANIEL CACERES CACERES identificado con cédula de ciudadanía 1048993533, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3219905952	87077268774	ACTIVA	08-04-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

1569

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: 141241311699

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 4 8 9 9 3 5 3 3 | 6. DV: 1

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Barranquilla 2 9

13. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 8 9 9 3 5 3 3

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bolívar 1 3	Morales 4 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CACERES	CACERES	JESUS	DANIEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Morales 4 7 3

41. Dirección principal: CRR MICOAHUMADO VRD cONFORMIDAD #1

42. Correo electrónico: jdcaceres02@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 9 0 5 9 5 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 2 0	2 0 2 5 0 2 0 2							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Solución	1	2	3
		57. Monto			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2026-03-15 / 02:57:21PM

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

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

862. Nombre: CACERES CACERES JESUS DANIEL

880. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 15/03/2026 02:57:21PM

1570

Morales (Bolívar), 30 de Abril de 2026

Cuenta de cobro N° 01

FUNDACION AMOVIDA
NIT: 901.203.448-6

DEBE A:

MIRLEYDIS LEON CASTAÑO
C.C N° 1.048.993.100 de Morales, Bolivar

La suma de **DOS MILLONES QUINIENTOS ONCE PESOS MCTE ($2.511.000).**

Por el concepto **PRESTACION DE SERVICIO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS EVENTOS DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CVA-002-2026, CELEBRADO CON EL MUNICIPIO DE MORALES – BOLIVAR, CUYO OBJETO ES "AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, LOGISTICOS Y FINANCIEROS PARA ADELANTAR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE MORALES BOLIVAR, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE GARANTIZAN CONDICIONES DE VIDA DIGNA, HÁBITOS SALUDABLES, ASISTENCIA PSICOSOCIAL, ACTIVIDADES CULTURALES, ARTISTICAS Y RECREATIVAS CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DURANTE EL AÑO 2026.."** correspondientes a actividades del 01 al 30 de Abril de 2026, del contrato de Prestación de Servicios N° 2026-04-005.

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No estoy obligado a expedir factura de venta según el artículo 616 – 2 del Estatuto Tributario.
3. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo que NO tomaré costos ni deducciones, por lo que solicito la aplicación del Art. 383 del ET, con la renta exenta 25%

Mirleydis Leon Castaño.
MIRLEYDIS LEON CASTAÑO
C.C N° N° 1.048.993.100 de Morales, Bolivar

Bancolombia

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

TOTAL APORTES A PENSIÓN

TOTAL APORTES A SALUD

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

SEGURIDAD SOCIAL

PARAFISCALES

TOTAL PAGADO: $ 508.300

1571

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

1572

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1048993100
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MIRLEYDIS LEON CASTANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	MORALES	TELÉFONO:	6613971
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Elaboración de comidas y platos
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	6017092871	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		281854328	

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancolombia

Certificamos que MIRLEYDIS con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1048993100, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) MIRLEYDIS LEON CASTAÑO con documento CC 1048993100, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6017092671	Tipo de Planilla	INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/05/05	Número de Autorización	281854326

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS041 - NUEVA EPS CM
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
aci SOI
Planilla Pagada

1574

Nequi

Certificado de depósito de bajo monto

Jueves, 19 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que MIRLEYDIS LEON CASTANO identificado con cédula de ciudadanía 1048993100, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3215316170	87076696484	ACTIVA	28-03-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

1575

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Consecutivo 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141241415970

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 4 8 0 9 3 1 0 0 4

6. Dígito de verificación: 2 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía — 1 3

26. Número de identificación: 1 0 4 8 0 9 3 1 0 0 4

Lugar de expedición: 27. País: COLOMBIA 1 6 9 — 28. Departamento: Bolívar 1 3 — 29. Municipio: Mompós 1 7 3

31. Primer apellido: LEÓN

32. Segundo apellido: CASTAÑO

33. Primer nombre: MIRLEYDIS

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Bolívar 1 3

40. Ciudad/Municipio: Mompós 1 7 3

41. Dirección principal: BRR LOS ANGELES CL 1 CA 11

42. Correo electrónico: legrcastanomirleydis@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 2 1 5 3 1 6 1 7 0

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividades secundarias		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 9	2 0 2 6 0 4 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código: 2 0

20- Obligación NIT

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código:

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Actividad — Tamaño: 1 2 3

56. Monto

57. CIIU

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

Para uso exclusivo de la DIAN

58. Anexos: Sí ☐ No ☐ — 59. No. de Folios: — 60. Fecha:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), genera una noticia y riesgo de uso de contenido inexactitud en alguno de los datos suministrados se generarán los procedimientos administrativos sancionatorios a que hubiere lugar, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.5 del Decreto 1625 de 2016. Sin que implique el firmado se tiene por conocido y aceptado la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

Nombre:

Cargo:

Fecha generación documento PDF: 17/01/2026 08:11:24 AM

15-76

Morales (Bolivar), 30 de Abril de 2026

Cuenta de cobro N° 01

FUNDACION AMOVIDA
NIT: 901.203.448-6

DEBE A:

YURANIS ELIANA VIDES MARTINEZ
C.C N° 1.048.996.263 de Morales, Bolivar

La suma de **DOS MILLONES QUINIENTOS ONCE PESOS MCTE ($2.511.000).**

Por el concepto **PRESTACION DE SERVICIO AUXILIAR ENFERMERIA EN LOS EVENTOS DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CVA-002-2026, CELEBRADO CON EL MUNICIPIO DE MORALES – BOLIVAR, CUYO OBJETO ES "AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, LOGISTICOS Y FINANCIEROS PARA ADELANTAR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE MORALES BOLIVAR, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE GARANTIZAN CONDICIONES DE VIDA DIGNA, HÁBITOS SALUDABLES, ASISTENCIA PSICOSOCIAL, ACTIVIDADES CULTURALES, ARTISTICAS Y RECREATIVAS CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DURANTE EL AÑO 2026.."** correspondientes a actividades del 01 al 30 de Abril de 2026, del contrato de Prestación de Servicios N° 2026-04-006.

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No estoy obligado a expedir factura de venta según el artículo 616 – 2 del Estatuto Tributario.
3. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo que NO tomaré costos ni deducciones, por lo que solicito la aplicación del Art. 383 del ET, con la renta exenta 25%

Yuranis Eliana Vides Martinez.
YURANIS ELIANA VIDES MARTINEZ
C.C N° 1.048.996.263 de Morales, Bolivar

1377

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1048996263
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YURANIS ELIANA VIDES MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	KR 5 B 71, CASA FAMILIAR	TELÉFONO:	1000001
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6017147722**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO:	2026	
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	248927304		

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
SUBTOTAL:			1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 218.900
SUBTOTAL:			1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
SUBTOTAL:			1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 2.900**
TOTAL PAGADO:	**$ 511.200**

1538

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1048996263
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YURANIS ELIANA VIDES MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	KR 5 B 71, CASA FAMILIAR	TELÉFONO:	1000001
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6022794787**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	20				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		365190507	

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 284.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 284.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562842	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 222.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 222.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 7.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 515.800**

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancolombia

1579

Certificamos que YURANIS ELIANA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1048996263, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) YURANIS ELIANA VIDES MARTINEZ con documento CC 1048996263, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6022794787	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Período Cotizado Otros	ABRIL/2026	Período Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/06/04	Número de Autorización	365190507

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días		30 Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial		Normal	
SALUD		Administradora	EPS041- NUEVA EPS CM
Días		30 Tarifa	12,500 %
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días		30 Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo		1	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
aportes en línea SOI
Planilla Pagada

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente YURANIS ELIANA VIDES MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,048,996,263 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 808008855 aperturada el 30 de octubre de 2025 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 14 de marzo de 2026.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0808008855
Cuenta de 16 dígitos:	0808000200008855
Cuenta de 20 dígitos:	00130808000200008855

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

VIGILADO

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de cargo.

1581

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141241715922

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 8 9 9 6 2 6 3	1	2 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 8 9 9 6 2 6 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Morales 4 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VIDES	MARTINEZ	YURANIS	ELIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Morales 4 7 3

41. Dirección principal: CRA 3 # 18 - 19 BRR PRIMERO DE MAYO

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
yuranisvidesmartinez@gmail.com		3 2 3 3 2 3 4 4 9 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 2 6 0 3 1 8						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2026-03-18 / 10:37:16AM

La información suministrada a través de formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), declara ser exacta y veraz; en caso de consignar inexactitud en alguno de los datos suministrados se aplicarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera el firmante o usuario fue informado y aceptó la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Forma del solicitante:

xYuranis E vides M

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada: Yuliana Cárdenas A

664. Nombre: CARDENAS ARRIETA YULIANA CAROLINA

665. Cargo: Analista 0

Fecha generación documento PDF: 18-03-2026 10:37:28AM

158

Morales (Bolívar), 30 de Abril de 2026

Cuenta de cobro N° 01

FUNDACION AMOVIDA
NIT: 901.203.448-6

DEBE A:

YIRED NATALIA CAÑAS DELGADO
C.C N° 1.052.186.067 de Morales, Bolivar

La suma de **DOS MILLONES QUINIENTOS ONCE PESOS MCTE ($2.511.000).**

Por el concepto **PRESTACION DE SERVICIO AUXILIAR ENFERMERIA EN LOS EVENTOS DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CVA-002-2026, CELEBRADO CON EL MUNICIPIO DE MORALES – BOLIVAR, CUYO OBJETO ES "AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, LOGISTICOS Y FINANCIEROS PARA ADELANTAR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE MORALES BOLIVAR, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE GARANTIZAN CONDICIONES DE VIDA DIGNA, HÁBITOS SALUDABLES, ASISTENCIA PSICOSOCIAL, ACTIVIDADES CULTURALES, ARTISTICAS Y RECREATIVAS CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DURANTE EL AÑO 2026.."** correspondientes a actividades del 01 al 30 de Abril de 2026, del contrato de Prestación de Servicios N° 2026-04-007.

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No estoy obligado a expedir factura de venta según el artículo 616 – 2 del Estatuto Tributario.
3. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo que NO tomaré costos ni deducciones, por lo que solicito la aplicación del Art. 383 del ET, con la renta exenta 25%

Yired Natalia Cañas Delgado.
YIRED NATALIA CAÑAS DELGADO
C.C N° 1.052.186.067 de Morales, Bolivar

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

[illegible]

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

[illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

[illegible]

TOTAL PAGADO: $ 508.300

1583

1584

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1052186067
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YIRED NATALIA CANAS DELGADO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 15-32	TELÉFONO:	5898569
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6017059726**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		248481444	

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

1585

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancolombia

Certificamos que YIRED NATALIA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1052186067, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) YIRED NATALIA CANAS DELGADO con documento CC 1052186067, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6017059726	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/04/23	Número de Autorización	248481444

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días		30 Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial		Normal	

SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Días		30 Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días		30 Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo		1	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

1580

NEQUI

Referencia de depósito electrónico

Sábado 14 de Marzo del 2026

A quien pueda interesar:

Nos permitimos informar que **YIRED NATALIA CAÑAS DELGADO** identificado(a) con cédula de ciudadania **1052186067**, al dia de hoy es titular de un depósito electrónico con las siguientes caracteristicas:

Número de producto	Número de producto convencional	Estado	Fecha de apertura
3128150655	1006572785	ACTIVA	01-08-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Cordialmente,

Claudia MB

Claudia Betancourt
Gerente de Promesa Digital

158

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

3. Concepto: 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: 1412411099931

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1052186067 — 6. DV: 1

12. Dirección seccional — 13. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía — 1 3

26. Número de Identificación: 1052186067

Lugar de expedición: — 27. País: COLOMBIA — 1 0 9

28. Departamento: Bolívar — 1 3

29. Ciudad/Municipio: Montería — 4 7 3

30. Primer apellido: CAÑAS

31. Segundo apellido: DELGADO

32. Primer nombre: YIRED

33. Otros nombres: NATALIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Bolívar — 1 3

40. Ciudad/Municipio: Montería — 4 7 3

41. Dirección principal: CR 2 BRR CENTRO

42. Correo electrónico: 4mutuaservicios@yan@gmail.com

43. Código postal: 1 3 4 0 4 5

44. Teléfono 1: 3 1 2 8 1 5 0 6 5 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código: 8 6 9 9 — 47. Fecha inicio actividad: 2 0 2 6 0 3 0 2

48. Ocupación — 49. Código

Otras actividades

50. Código — 51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Usuario aduanero

54. Código

Exportadores

55. Forma — 56. Tipo — Servicio — Bienes

57. Inicio

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Reserva — SI: — NO: X

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2026-03-14 04:19:13PM

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

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

64. Nombre: CAÑAS DELGADO YIRED NATALIA

65. Cargo: Contribuyente

158

Morales (Bolívar), 30 de Abril de 2026

Cuenta de cobro N° 01

FUNDACION AMOVIDA
NIT: 901.203.448-6

DEBE A:

MARIA ROSMIRA PALLARES PEREZ
C.C N° 1.048.995.332 de Morales, Bolivar

La suma de **DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE ($2.737.800).**

Por el concepto **PRESTACION DE SERVICIO AUXILIAR DE ARTES Y MANUALIDADES EN LOS EVENTOS DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CVA-002-2026, CELEBRADO CON EL MUNICIPIO DE MORALES – BOLIVAR, CUYO OBJETO ES "AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, LOGISTICOS Y FINANCIEROS PARA ADELANTAR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE MORALES BOLIVAR, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE GARANTIZAN CONDICIONES DE VIDA DIGNA, HÁBITOS SALUDABLES, ASISTENCIA PSICOSOCIAL, ACTIVIDADES CULTURALES, ARTISTICAS Y RECREATIVAS CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DURANTE EL AÑO 2026.."** correspondientes a actividades del 01 al 30 de Abril de 2026, del contrato de Prestación de Servicios N° 2026-04-008.

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No estoy obligado a expedir factura de venta según el artículo 616 – 2 del Estatuto Tributario.
3. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo que NO tomaré costos ni deducciones, por lo que solicito la aplicación del Art. 383 del ET, con la renta exenta 25%

Ma Rosmira Pallares P.
MARIA ROSMIRA PALLARES PEREZ
C.C N° 1.048.995.332 de Morales, Bolivar

LA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE	
CÉDULA DE CIUDADANÍA / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRES	MARIA ROSMIRA PALLARES PEREZ
DIRECCIÓN / DEPARTAMENTO	CARRERA [illegible] / BOLIVAR
TELÉFONO	[illegible]
CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
ACTIVIDAD ECONÓMICA	[illegible]
	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA	[illegible]	TIPO DE PLANILLA	I INDEPENDIENTES
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS (MES / AÑO)	[illegible] / 2022	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD (MES / AÑO)	[illegible]
DÍAS DE MORA	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]
FECHA PAGO (aaaammdd)	[illegible]		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS: EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS: COTIZANTE	FSP: SOLIDARIDAD	FSP: SUBSISTENCIA	MORA: COTIZACIÓN	MORA: FSP	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: VALOR PAGADO
[illegible]	1	$ [illegible]	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ [illegible]	$ -	$ [illegible]
									$ [illegible]	$ -	$ [illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: VALOR	LICENCIA MATERNIDAD: NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD: VALOR	SALDO A FAVOR: PLANILLA	SALDO A FAVOR: VALOR	LIQUIDACIÓN: COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN: VALOR APORTES	MORA: COTIZACIÓN	MORA: VALOR APORTES	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: DESCUENTO	TOTALES: VALOR PAGADO
[illegible]	1		$ -		$ -		$ -	$ [illegible]	$ -	$ -	$ -	$ [illegible]	$ -	$ -	$ [illegible]
												$ [illegible]	$ -	$ -	$ [illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ARP: NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ARP: VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR: PLANILLA	SALDO A FAVOR: VALOR	LIQUIDACIÓN: COTIZACIÓN	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: DESCUENTO	TOTALES: VALOR PAGADO
[illegible]	1		$ -	$ -		$ -	$ [illegible]	$ [illegible]	$ -	$ -	$ [illegible]
								$ [illegible]	$ -	$ -	$ [illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

TIPO / No.	NOVEDADES	PENSIÓN: ADMIN	PENSIÓN: IBC	PENSIÓN: COTIZACIÓN	FSP: SOLIDARIDAD	FSP: SUBSISTENCIA	APORTES VOLUNTARIOS: AFILIADO	APORTES VOLUNTARIOS: EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD: ADMIN	SALUD: IBC	SALUD: COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP: ADMIN	ARP: IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES: IBC	CCF: ADMIN	CCF: TOTAL APORTE	SENA: TOTAL APORTE	ICBF: TOTAL APORTE	ESAP: TOTAL APORTE	MEN: TOTAL APORTE
CC [illegible]		COLPENSIONES / PROTECCIÓN [illegible]	$ 1.[illegible]	$ [illegible]	$ -	$ -	$ -	$ -	Ninguna	$ [illegible]	NUEVA EPS CM [illegible]	$ 1.[illegible]	$ [illegible]	$ -	$ [illegible]	14-11 ARL SURA	$ 1.[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ -		$ -	$ -	$ -	$ -	$ -

TOTAL PAGADO: $ 508.000

1589

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

1590

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1048995332
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA ROSMIRA PALLARES PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 15-32	TELÉFONO:	5698569
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6017606743**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		263528607	

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 18.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 18.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 14.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 14.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 700
		SUBTOTAL:	1	**$ 700**

VALOR SIN MORA:	**$ 34.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 34.000**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1048995332
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA ROSMIRA PALLARES PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 15-32	TELÉFONO:	5698569
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6023022001**		TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		29			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/06/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		389529290

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:
6017606743	2026/04/29

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 267.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 267.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 208.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 8.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 8.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 474.300**
VALOR MORA:	**$ 10.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 484.300**

1512

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancolombia

Certificamos que MARIA ROSMIRA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1048995332, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) MARIA ROSMIRA PALLARES PEREZ con documento CC 1048995332, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6023022001	Tipo de Planilla	N-CORRECCIONES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/06/09	Número de Autorización	369529290

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230201- PROTECCION
Días		30 Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial		Normal	

SALUD		Administradora	EPS041- NUEVA EPS CM
Días		30 Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días		30 Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo		1	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

Nequi

[redacted]
Carrera 43 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Jueves, 29 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que MARIA ROSMIRA PALLARES PEREZ identificado con cédula de ciudadanía 1048995332, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3108907718	87083366767	ACTIVA	29-01-2026

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

1514

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto [0][2] Actualización

4. Número de formulario: 141232732309

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1048995332 — 6. DV: 5

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Barrancabermeja — 29

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida — 2	Cédula de Ciudadanía — 1 3	1048995332

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bolivar — 1 3	Morales — 4 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PALLARES	PEREZ	MARIA	ROSMIRA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: — 37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA — 1 6 9	Bolivar — 1 3	Morales — 4 7 3

41. Dirección principal: VRD VRD La Esmeralda

42. Correo electrónico: marospape@hotmail.com

43. Código postal: — 44. Teléfono 1: 3108907718 — 45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica			Ocupación	
Actividad principal	Actividad secundaria	Otras actividades		
46. Código: 9005 — 47. Fecha inicio actividad: 2026/01/03	48. Código — 49. Fecha inicio actividad	50. Código — 1 — 2	51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores				
54. Código	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
			57. Modo			
			58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2026-05-05 / 05:02:44PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

66d. Nombre: PALLARES PEREZ MARIA ROSMIRA

66f. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 05-05-2026 05:02:01PM

1595

Morales (Bolivar), 30 de Abril de 2026

Cuenta de cobro N° 01

FUNDACION AMOVIDA
NIT: 901.203.448-6

DEBE A:

YOLEYSI PIMIENTA CAMPO
C.C N° 45.775.629 de Morales, Bolivar

La suma de **DOS MILLONES QUINIENTOS ONCE PESOS MCTE ($2.511.000).**

Por el concepto **PRESTACION DE SERVICIO MANIPULADOR DE ALIMENTOS EN LOS EVENTOS DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CVA-002-2026, CELEBRADO CON EL MUNICIPIO DE MORALES – BOLIVAR, CUYO OBJETO ES "AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, LOGISTICOS Y FINANCIEROS PARA ADELANTAR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE MORALES BOLIVAR, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE GARANTIZAN CONDICIONES DE VIDA DIGNA, HÁBITOS SALUDABLES, ASISTENCIA PSICOSOCIAL, ACTIVIDADES CULTURALES, ARTISTICAS Y RECREATIVAS CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DURANTE EL AÑO 2026.."** correspondientes a actividades del 01 al 30 de Abril de 2026, del contrato de Prestación de Servicios N° 2026-04-009.

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No estoy obligado a expedir factura de venta según el articulo 616 – 2 del Estatuto Tributario.
3. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo que NO tomaré costos ni deducciones, por lo que solicito la aplicación del Art. 383 del ET, con la renta exenta 25%

Yoleysi pimienta campo
YOLEYSI PIMIENTA CAMPO
C.C N° 45.775.629 de Morales, Bolivar

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

[illegible]

TOTAL PAGADO: $ 508.300

1576

1597

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	45775629
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YOLEYSI PIMIENTA CAMPO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	BRR	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6023008114**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES		
PERICODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO:	2026	
DÍAS DE MORA:	25				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	368011801		
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	6017049607	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/04/23		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 266.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 266.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 8.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 8.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 474.300**
VALOR MORA:	**$ 8.600**
TOTAL PAGADO:	**$ 482.900**

1518

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	45775629
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YOLEYSI PIMIENTA CAMPO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	BRR	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6017049607**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		248335789

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 18.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 18.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 14.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 14.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 700
		SUBTOTAL:	1	**$ 700**

VALOR SIN MORA:	**$ 34.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 34.000**

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancolombia

1 soy

Certificamos que YOLEYSI con documento CEDULA DE CIUDADANIA 45775629, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) YOLEYSI PIMIENTA CAMPO con documento CC 45775629, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	60230088114	Tipo de Planilla	N-CORRECCIONES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/06/05	Número de Autorización	368011601

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
			16,000 %
Días		30 Tarifa	
Indicador tarifa especial		Normal	
SALUD		Administradora	EPS041- NUEVA EPS CM
			12,500 %
Días		30 Tarifa	
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
			0,522 %
Días		30 Tarifa	
Clase de Riesgo		1	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
aportes SOI
Planilla Pagada

1600

Nequi

Certificado de depósito de bajo monto

Viernes, 27 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que YOLEISI PIMIENTA identificado con cédula de ciudadanía 45775629, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3112537335	87080900365	ACTIVA	06-07-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

Fogafin

1601

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141241298840

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 4 5 7 7 5 6 2 9 1

6. DV 12. Dirección seccional: 2 0

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento: 2 Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de identificación: 4 5 7 7 5 6 2 9

27. Lugar de expedición: COLOMBIA 28. País: 1 6 9 29. Departamento: Bolívar 1 3 30. Ciudad/Municipio: Morales 4 7 3

31. Primer apellido: PIMENTA

32. Segundo apellido: CAMPO

33. Primer nombre: YOLEYSI

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Bolívar 1 3

40. Ciudad/Municipio: Morales 4 7 3

41. Dirección principal: MZ 3 # 1 BARRIO LOS ANGELES

42. Correo electrónico: judithpimentacampo2122@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 1 2 5 3 7 3 3 5

45. Teléfono 2: 3 1 3 8 6 3 9 7 0 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
1 0 8 4	2 0 2 6 0 4 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
2 0																									

53. Código: 20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código:

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma: 56. Tipo:

Servicios	1	2	3
57. Modo			
58. CIIU			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2026-03-18 / 10:54:50AM

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

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre: PIMENTA CAMPO YOLEYSI

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 18-03-2026 10:58:21AM

1602

Morales (Bolívar), 30 de Abril de 2026

Cuenta de cobro N° 01

FUNDACION AMOVIDA
NIT: 901.203.448-6

DEBE A:

ANDREINA ISABEL CRIADO VEGA
C.C N° 1.085.044.816 de Morales, Bolivar

La suma de **DOS MILLONES QUINIENTOS ONCE PESOS MCTE ($2.511.000).**

Por el concepto **PRESTACION DE SERVICIO MANIPULADOR DE ALIMENTOS EN LOS EVENTOS DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CVA-002-2026, CELEBRADO CON EL MUNICIPIO DE MORALES – BOLIVAR, CUYO OBJETO ES "AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, LOGISTICOS Y FINANCIEROS PARA ADELANTAR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE MORALES BOLIVAR, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE GARANTIZAN CONDICIONES DE VIDA DIGNA, HÁBITOS SALUDABLES, ASISTENCIA PSICOSOCIAL, ACTIVIDADES CULTURALES, ARTISTICAS Y RECREATIVAS CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DURANTE EL AÑO 2026.."** correspondientes a actividades del 01 al 30 de Abril de 2026, del contrato de Prestación de Servicios N° 2026-04-010.

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No estoy obligado a expedir factura de venta según el artículo 616 – 2 del Estatuto Tributario.
3. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo que NO tomaré costos ni deducciones, por lo que solicito la aplicación del Art. 383 del ET, con la renta exenta 25%

Andreina Criado

ANDREINA ISABEL CRIADO VEGA
C.C N° 1.085.044.816 de Morales, Bolivar

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

TOTAL PAGADO: $ 508.300

1603

1604

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1085044816
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDREINA CRIADO VEGA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLÍVAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 15-32	TELÉFONO:	5696569
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6023003988**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	29				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	368088518		

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	6017141104	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/04/24

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 276.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 276.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 216.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 216.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 491.200**
VALOR MORA:	**$ 10.400**
TOTAL PAGADO:	**$ 501.600**

1605

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1085044816
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDREINA CRIADO VEGA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 15-32	TELÉFONO:	5698569
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6017141104**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		250785305	

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 9.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562842	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 7.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 400
		SUBTOTAL:	1	**$ 400**

VALOR SIN MORA:	**$ 17.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 17.100**

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancolombia

Certificamos que ANDREINA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1085044816, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) ANDREINA ISABEL CRIADO VEGA con documento CC 1085044816, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6023003988	Tipo de Planilla	N-CORRECCIONES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/06/05	Número de Autorización	368088518

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS041- NUEVA EPS CM
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

1607

Nequi

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Sábado, 14 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que ANDREINA ISABEL CRIADO VEGA identificado con cédula de ciudadanía 1085044816, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3117188042	87062677301	ACTIVA	16-05-2023

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

1608

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141241847799

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 8 5 0 4 4 8 1 6 | 3. DV: 2

12. Dirección seccional: 2 9

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 5 0 4 4 8 1 6

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bolívar 1 3	Morales 4 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CRIADO	VEGA	ANDREINA	ISABEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

39. País	40. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Morales 4 7 3

41. Dirección principal: CR 4 # 12 - 35 BRR BETEL

42. Correo electrónico: andreinacriadovega@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 3 7 2 8 1 8 2 6

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
1 0 8 9	2 0 2 6 0 3 1 8							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código:

Exportadores

55. Forma: 56. Tipo: Semestre: 1 2 3

57. Modo:

58. CPC:

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2026-03-18 / 05:21:53PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: CRIADO VEGA ANDREINA ISABEL

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 18-03-2026 05:22:25

1609

Morales (Bolivar), 30 de Abril de 2026

Cuenta de cobro N° 01

FUNDACION AMOVIDA
NIT: 901.203.448-6

DEBE A:

LUISA MERIS DELGADO BADILLO
C.C N° 35.478.300 de Chia, Cundinamarca

La suma de **DOS MILLONES QUINIENTOS ONCE PESOS MCTE ($2.511.000).**

Por el concepto **PRESTACION DE SERVICIO MANIPULADOR DE ALIMENTOS EN LOS EVENTOS DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CVA-002-2026, CELEBRADO CON EL MUNICIPIO DE MORALES – BOLIVAR, CUYO OBJETO ES "AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, LOGISTICOS Y FINANCIEROS PARA ADELANTAR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE MORALES BOLIVAR, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE GARANTIZAN CONDICIONES DE VIDA DIGNA, HÁBITOS SALUDABLES, ASISTENCIA PSICOSOCIAL, ACTIVIDADES CULTURALES, ARTISTICAS Y RECREATIVAS CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DURANTE EL AÑO 2026.."** correspondientes a actividades del 01 al 30 de Abril de 2026, del contrato de Prestación de Servicios N° 2026-04-011.

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No estoy obligado a expedir factura de venta según el artículo 616 – 2 del Estatuto Tributario.
3. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo que NO tomaré costos ni deducciones, por lo que solicito la aplicación del Art. 383 del ET, con la renta exenta 25%

Luisa Delgado B
LUISA MERIS DELGADO BADILLO
C.C N° 35.478.300 de Chia, Cundinamarca.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE	
CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
DEPARTAMENTO	[illegible]
TELÉFONO	[illegible]
CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
ACTIVIDAD ECONÓMICA	[illegible]
NIT TRIBUTARIA	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA	[illegible]	TIPO DE PLANILLA	INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	[illegible] 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	[illegible] 2020
DÍAS DE MORA	0		
FECHA PAGO	[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS: AFILIADO	APORTES VOLUNTARIOS: COTIZANTE	FSP: SOLIDARIDAD	FSP: SUBSISTENCIA	MORA: COTIZACIÓN	MORA: FSP	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: VALOR PAGADO
[illegible]	1	[illegible]	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ 280.300	$ -	$ 280.300
									$ 280.300	$ -	$ 280.300

TOTAL APORTES A SALUD

NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD: VALOR	LICENCIA MATERNIDAD: NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA: VALOR	SALDO A FAVOR: PLANILLA	SALDO A FAVOR: VALOR	LIQUIDACIÓN: COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN: VALOR ADRES	MORA: COTIZACIÓN	MORA: VALOR ADRES	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: DESCUENTO	TOTALES: VALOR PAGADO
[illegible]	1		$ -		$ -		$ -	$ 219.800	$ -	$ -	$ -	$ 219.800	$ -	$ -	$ 219.800
												$ 219.800	$ -	$ -	$ 219.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RIP: NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD RIP: VALOR	PAGO ACCIDENTES RIESGOS	SALDO A FAVOR: PLANILLA	SALDO A FAVOR: VALOR	LIQUIDACIÓN: COTIZACIÓN	TOTALES: APORTES	TOTALES: MORA	TOTALES: DESCUENTO	TOTALES: VALOR PAGADO
[illegible]	1		$ -	$ -		$ -	$ 8.200	$ 8.200	$ -	$ -	$ 8.200
								$ 8.200	$ -	$ -	$ 8.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

NOVEDADES	PENSIÓN: ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	TOTAL APORTE	SALUD: ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	TOTAL APORTE	ARP: ADMIN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES: IBC	TOTAL APORTE
[illegible]	25-14 COLPENSIONES	$ 1.755.000	$ 280.300	$ 280.300	NUEVA EPS SA	$ 1.755.000	$ 219.800	$ 219.800	[illegible]	$ 1.755.000	[illegible]	$ 8.200	$ -	$ -

TOTAL PAGADO: $ 508.300

1610

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35478300
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUISA MERIS DELGADO BADILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CRA 3	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6016924652**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		245755812

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 18.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 18.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 14.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 14.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 700
		SUBTOTAL:	1	**$ 700**

VALOR SIN MORA:	**$ 34.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 34.000**

16/2

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35478300
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUISA MERIS DELGADO BADILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CRA 3	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6023011298**		TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	31				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/05		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	368162775	

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:
6016924652	2026/04/22

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 267.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 267.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 208.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 8.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 8.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 474.300**
VALOR MORA:	**$ 10.700**
TOTAL PAGADO:	**$ 485.000**

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancolombia

16/13

Certificamos que LUISA MERIS con documento CEDULA DE CIUDADANIA 35478300, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) LUISA MERIS DELGADO BADILLO con documento CC 35478300, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6023011298	Tipo de Planilla	N-CORRECCIONES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/06/05	Número de Autorización	368182775

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS041- NUEVA EPS CM
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
adi SOI
Planilla Pagada

1614

Nequi

(+57) 300 600 0000
Carrera 43 # 26 - 80
Medellín, Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Sábado, 14 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que LUISA MERIS DELGADO BADILLO identificado con cédula de ciudadanía 35478300, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3138780751	87076662243	ACTIVA	27-03-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

1615

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 4 Actualización

4. Número de formulario: 141163301203

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 5 4 7 8 3 0 0 | 6. DV: 4

12. Dirección seccional: 29

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida: 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía: 1 3

26. Número de identificación: 35478300

Lugar de expedición: COLOMBIA | 28. País: 1 6 9

29. Departamento: Cundinamarca: 2 5

30. Ciudad/Municipio: Chía: 1 7 5

31. Primer apellido: DELGADO

32. Segundo apellido: BADILLO

33. Primer nombre: LUISA

34. Otros nombres: MERIS

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA: 1 6 9

39. Departamento: Bolívar: 1 3

40. Ciudad/Municipio: Morales: 4 7 3

41. Dirección principal: CR 3 # 14 - 32 BRR CENTRO

42. Correo electrónico: luisadelgado45344@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 3 8 7 6 0 7 5 1

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 1 2 1	2 0 2 6 0 2 0 2							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código:

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio: 1 2 3

57. Medio

58. CPC

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

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

Para uso exclusivo de la DIAN

60. No. de Folios: 0

61. Fecha:

La información suministrada a través del formulario (Clase de trámite): Actualización suspensión o cancelación del Registro Único Tributario (RUT) definitivamente exacta y veraz, en caso de omitir inexactitud en alguno de los datos suministrados se actuará con los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepto la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

964. Nombre: DELGADO BADILLO LUISA MERIS

965. Cargo: CONTRIBUYENTE

1616

Morales (Bolivar), 30 de Abril de 2026

Cuenta de cobro N° 01

FUNDACION AMOVIDA
NIT: 901.203.448-6

DEBE A:

DEISY BOTERO MONTOYA
C.C N° 45.775.596 de Morales, Bolivar

La suma de **DOS MILLONES QUINIENTOS ONCE PESOS MCTE ($2.511.000).**

Por el concepto **PRESTACION DE SERVICIO MANIPULADOR DE ALIMENTOS EN LOS EVENTOS DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CVA-002-2026, CELEBRADO CON EL MUNICIPIO DE MORALES – BOLIVAR, CUYO OBJETO ES "AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, LOGISTICOS Y FINANCIEROS PARA ADELANTAR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE MORALES BOLIVAR, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE GARANTIZAN CONDICIONES DE VIDA DIGNA, HÁBITOS SALUDABLES, ASISTENCIA PSICOSOCIAL, ACTIVIDADES CULTURALES, ARTISTICAS Y RECREATIVAS CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DURANTE EL AÑO 2026.."** correspondientes a actividades del 01 al 30 de Abril de 2026, del contrato de Prestación de Servicios N° 2026-04-012.

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No estoy obligado a expedir factura de venta según el artículo 616 – 2 del Estatuto Tributario.
3. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo que NO tomaré costos ni deducciones, por lo que solicito la aplicación del Art. 383 del ET, con la renta exenta 25%

Deisy Botero Montoya
DEISY BOTERO MONTOYA
C.C N° 45.775.596 de Morales, Bolivar.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

TOTAL PAGADO: $ 508.300

164

1618

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	45775596
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DEISY BOTERO MONTOYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 15-32	TELÉFONO:	5698569
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6023118645**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO:	2026	
DÍAS DE MORA:	14				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	369880810		
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	6017160311	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/04/27		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 132.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 132.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9010379161	MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1	$ 103.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 103.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037906	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 4.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 4.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 237.100**
VALOR MORA:	**$ 2.600**
TOTAL PAGADO:	**$ 239.700**

1619

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	45775596
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DEISY BOTERO MONTOYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 15-32	TELÉFONO:	5698569
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6017160311**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		252799994	

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 149.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 149.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9010379161	MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1	$ 116.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 116.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 4.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 4.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 271.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 271.200**

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancolombia

1620

Certificamos que DEISY con documento CEDULA DE CIUDADANIA 45775596, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) DEISY BOTERO MONTOYA con documento CC 45775596, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6023118645	Tipo de Planilla	N-CORRECCIONES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/06/09	Número de Autorización	369880810

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	MIN002 - ADRES - RÉGIMEN
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

1621

Nequi

[redacted]

Certificado de depósito de bajo monto

Miércoles, 18 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que DEISY BOTERO MONTOYA identificado con cédula de ciudadanía 45775596, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3206244242	87076977332	ACTIVA	02-04-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

[redacted]

1672

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: 1497917563

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 4 5 7 7 5 5 9 6 — 6. DV: 7

12. Dirección seccional: 29

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía — 1 3

26. Número de identificación: 4 5 7 7 5 5 9 6

27. Fecha expedición:

Lugar de expedición: COLOMBIA — 28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bolívar — 1 3

30. Ciudad/Municipio: Morales — 4 7 3

31. Primer apellido: BOTERO

32. Segundo apellido: MONTOYA

33. Primer nombre: DEISY

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Digito:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Bolívar — 1 3

40. Ciudad/Municipio: Morales — 4 7 3

41. Dirección principal: CR 8 CLL 12 BRR LOS ANGELES

42. Correo electrónico: deisybot3131@gmail.com

43. Código postal: 3

44. Teléfono 1: 3 2 0 6 2 4 4 2 4 2

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código: 1 0 8 9 — 47. Fecha inicio actividad: 2 0 2 6 0 3 1 0

Actividad secundaria

48. Código — 49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código — 1 — 2

Ocupación

51. Código — 52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

54. Código

Exportadores

55. Forma — 56. Tipo — Servicio: 1 2 3

57. Mipyme

58. GPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: BOTERO MONTOYA DEISY

985. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 19-03-2026 10:22:18 AM

1623

Morales (Bolivar), 30 de Abril de 2026

Cuenta de cobro N° 01

FUNDACION AMOVIDA
NIT: 901.203.448-6

DEBE A:

YORLADYS GARZON ROBLES
C.C N° 1.048.992.106 de Morales, Bolivar

La suma de **DOS MILLONES QUINIENTOS ONCE PESOS MCTE ($2.511.000).**

Por el concepto **PRESTACION DE SERVICIO MANIPULADOR DE ALIMENTOS EN LOS EVENTOS DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CVA-002-2026, CELEBRADO CON EL MUNICIPIO DE MORALES – BOLIVAR, CUYO OBJETO ES "AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, LOGISTICOS Y FINANCIEROS PARA ADELANTAR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE MORALES BOLIVAR, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE GARANTIZAN CONDICIONES DE VIDA DIGNA, HÁBITOS SALUDABLES, ASISTENCIA PSICOSOCIAL, ACTIVIDADES CULTURALES, ARTISTICAS Y RECREATIVAS CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DURANTE EL AÑO 2026.."** correspondientes a actividades del 01 al 30 de Abril de 2026, del contrato de Prestación de Servicios N° 2026-04-013.

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No estoy obligado a expedir factura de venta según el artículo 616 – 2 del Estatuto Tributario.
3. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo que NO tomaré costos ni deducciones, por lo que solicito la aplicación del Art. 383 del ET, con la renta exenta 25%

Yorladis Garzon R

YORLADYS GARZON ROBLES
C.C N° 1.048.992.106 de Morales, Bolivar.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

TOTAL APORTES A PENSIONES

TOTAL APORTES A SALUD

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

DISCRIMINACIÓN DE LOS APORTES

TOTAL PAGADO: $ 508.300

1625

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1048992106
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YORLADYS GARZON ROBLES
CIUDAD/MUNICIPIO:	MORALES	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	BARRIO	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6017064304**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		35			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/06/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		376636309

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 287.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 287.300**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 224.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 224.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 13.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 521.300**

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

1626

Certificamos que YORLADYS con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1048992106, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) YORLADYS GARZON ROBLES con documento CC 1048992106, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6017064304	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/06/09	Número de Autorización	376636309

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230201- PROTECCION
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS041- NUEVA EPS CM
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada

1677

Nequi

(+57) 3006000888
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín-Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Sábado, 14 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que YORLADIS GARZON ROBLES identificado con cédula de ciudadanía 1048992106, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3207618290	87065363731	ACTIVA	06-12-2023

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

1626

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141241841198

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1048992106 — 6. DV: 3

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Barranquilla — 29

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía — 13

26. Número de identificación: 1048992106

Lugar de expedición — 27. País: COLOMBIA — 169

29. Departamento: Bolívar — 13

30. Ciudad/Municipio: Morales — 473

31. Primer apellido: GARZON

32. Segundo apellido: ROBLES

33. Primer nombre: YORLADYS

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 169

39. Departamento: Bolívar — 13

40. Ciudad/Municipio: Morales — 473

41. Dirección principal: CR 5 28 35 BRR BASTIDAS

42. Correo electrónico: garzonroblesyorlads@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3207818290

45. Teléfono 2: 3004150960

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
1089	20250220						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código:

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2026-03-18 / 04:59:16PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada:

66A. Nombre: GARZON ROBLES YORLADYS

66B. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 18-03-2026 04:59:54PM