Fundacion Casa de los Ancianos
Espíritu Santo

NIT. 805028818-1

Jamundi, Julio 27 del 2023

Señores
Prosperidad social
Atn: DR. Rayan El Barkachi Aboutrabi
Director regional valle del cauca- supervisor del convenio CD-368-2023

Cordial saludo,

La presente es con el fin de notificar el nombre y fecha de retiro del adulto mayor el cual era beneficiario del programa del municipio de Jamundi, valle del cauca.

Nombre	Documento	Fecha	Motivo
Ángel Darío Romaña Palacios	4.862.741	27/07/2023	cambio de municipio

Remplazar a la persona antes citada, postulo al siguiente adulto mayor para que sea tenido en cuenta como beneficiario del programa.

Nombre	Documento	Fecha	Motivo
Zoila Rosa Bojorge Diaz	31.525.016	27/07/2023	postulación

presentación de documentos:

1. Carta de intensión
2. Formato F-IP-285
3. Certificado de retiro
4. Acta de la junta
5. Formato F-IP-283
6. Formato F-IP-284
7. Copias de Cedulas
8. Censo

Muchas gracias por su atención y valiosa colaboración

Atentamente,

María Isabel bojorge
c.c. 31.528.910
representante legal

La equidad es de todos · Prosperidad Social	**FORMATO FICHA DE RETIRO MODALIDAD INDIRECTA CPSAM - CD PROGRAMA COLOMBIA MAYOR**	**Código: F-IP-285**
		Versión: 1
	PROCESO IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS	**Paginas: 1 de 1**

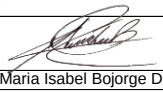
1. INFORMACIÓN GENERAL

1. Fecha	27/07/2023			
2. Nombre del Departamento	VALLE DEL CAUCA	2.1 COD Departamento	76	
3. Nombre del Municipio	JAMUNDI	3.1 COD Municipio	76364	
4. Tipo de Institución	4.1 Centro de Protección Social al Adulto Mayor - CPSAM	X	Marcar con una X si corresponde	
	4.2 Centro Día - CD		Marcar con una X si corresponde	
	4.3 Cabildo o resguardo		Marcar con una X si corresponde	
5. Nombre del CPSAM y/o CD	FUNDACION CASA DE LOS ANCIANOS ESPIRITU SANTO CD-368-2023			
6. NIT del CPSAM y/o CD	805028818	7. Regional		

2. INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

Si superan los 20 beneficiarios que solictan el retiro, se debe diligenciar otro formato.

No.	8. Fecha de Retiro	9. Número de Identificación	10. Primer Apellido	11. Segundo Apellido	12. Primer Nombre	13. Segundo Nombre	14. Código de Retiro
1	27/07/2023	4.862.741	ROMAÑA	PALACIOS	ANGEL	*DARIO*	**7**
2	AAAA/MM/DD						
3	AAAA/MM/DD						
4	AAAA/MM/DD						
5	AAAA/MM/DD						
6	AAAA/MM/DD						
7	AAAA/MM/DD						
8	AAAA/MM/DD						
9	AAAA/MM/DD						
10	AAAA/MM/DD						
11	AAAA/MM/DD						
12	AAAA/MM/DD						
13	AAAA/MM/DD						
14	AAAA/MM/DD						
15	AAAA/MM/DD						
16	AAAA/MM/DD						
17	AAAA/MM/DD						
18	AAAA/MM/DD						
19	AAAA/MM/DD						
20	AAAA/MM/DD						

15. Elaborado por:		**16. Aprobado por:**	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	Maria Isabel Bojorge Diaz	**Nombre:**	
Cargo:	Representante legal	**Cargo:**	
CC:	31528910	**CC:**	
Entidad:	fundacion casa de los ancianos espiritu	**Entidad:**	

Código Retiro	Motivo Pérdida del Derecho al Subsidio	Soportes que se deben anexar
1	Muerte del beneficiario.	Fotocopia del Certificado de defunción (Acta / Registro de defunción).
2	Comprobación de Falsedad en la Información Suministrada o intento de conservar fraudulentamente el subsidio.	* Soportes especificados en la G-IP-32 GUÍA PARA EL REGISTRO DE NOVEDADES EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR "COLOMBIA MAYOR". * Memorando u oficio con la solicitud
3	Percibir una pensión u otra clase de renta o subsidio.	
4	Medicidad comprobada como actividad productiva.	
5	Comprobación de realización de actividades ilíitas, mientras subsista la condena.	
6	Traslado a otro municipio o distrito	
7	Retiro voluntario	Solicitud escrita del beneficiario

Fundacion Casa de los Ancianos
Espíritu Santo

NIT. 805028818-1

CONSTANCIA

En el municipio de Jamundi, a los 20 días del mes de abril del año 2023
Se hace entrega del adulto mayor Ángel Darío Romaña Palacios identificado con C.C numero 4.862.741 expedida en Certegui.

A la Sra. Flor Beatriz Romaña con parentesco hija, así mismo se consta que el adulto se encuentra en buenas condiciones físicas y haber recibido un buen trato por el personal, su hija quien decide retirarlo de la fundación.

Maria Isabel Bojorge Diaz
C.C. 31528910
Representante legal
Teléfono: 3122978621
Correo: isabelojorge70@hotmail.com

Flor Beatriz Romaña
C.C 1.144.030.367
Hija

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

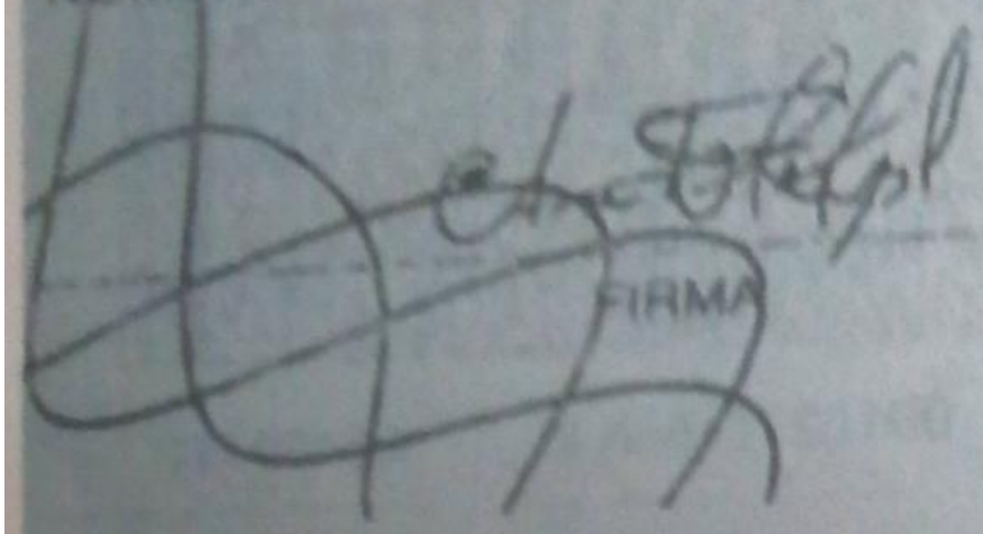
NUMERO 4.862.741

ROMAÑA PALACIOS

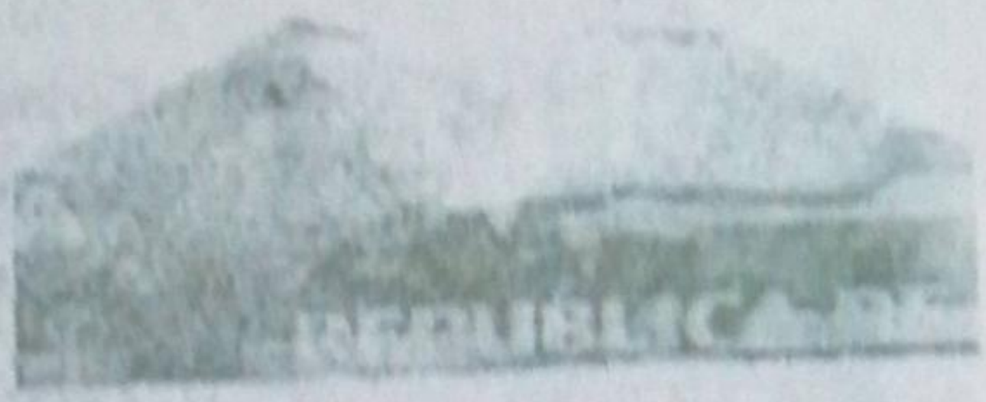
APELLIDOS

ANGEL DARIO

NOMBRES



FIRMA



Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1955

TADO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

15-MAR-1977 CERTEGUI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-3100100-00152318-M-0004862741-20090309 0010275185A 2 26469140

Scanned with CamScanner

Scanned by TapScanner

Fundacion Casa de los Ancianos
Espíritu Santo

NIT. 805028818-1

ACTA DE LA JUNTA DIRECTIVA 23

siendo las 2:00 PM del día 14 de julio del 2023, en la oficina de fundación casa de los ancianos espíritu santo se reúnen las personas de la junta directiva con el fin de aprobar las novedades de retiro e ingreso de beneficiarios del proyecto de protección social del adulto mayor, suscrito entre el consorcio Colombia mayor prosperidad social y el centro de bienestar del adulto mayor Fundación casa de los ancianos espíritu santo del municipio de Jamundi.

Novedades de retiro:

NOMBRE	DOCUMENTO	FECHA	MOTIVO
Ángel Darío Romaña Palacios	4.862.741	14/07/2023	Retiro voluntario

Reemplazar a las personas antes citadas, postulo al siguiente adulto mayor para que sea tenido en cuenta como beneficiario del subsidio indirecto para adulto mayor (ministerio prosperidad social), del municipio de Jamundi valle del cauca.

NOMBRE	DOCUMENTO	FECHA	MOTIVO
Zoila Rosa Bojorge Diaz	31.525.016	14/07/2023	Postulación

MARIA ISABEL BOJORGE DIAZ
REPRESENTANTE LEGAL

MAURICIO FLOREZ LOPEZ
VICEPRESIDENTE

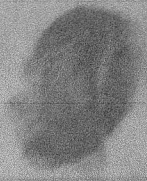
DARIO FLOREZ LOPEZ
SECRETARIO

Fundación Casa de los Ancianos
Espíritu Santo

NIT. 805028818-1



PORFIDIA TAMAYO
C.C. 29.622.827



LUIS CARLOS OLARTE
C.C. 6.096.481

MARIA ELISA GOMEZ BRAVO
C.C. 34.593.967

DIRECCION KILOMETRO 2 VIA POTRERITO FINCA ZAPATOCA JAMUNDI CL.
TEL. 3122978621 - 3207146204

Scanned by TapScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31525016

BOJORGE DIAZ
APELLIDOS

ZOILA ROSA
NOMBRES

Zoila Rosa Bojorge
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-1966

GARZON
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-DIC-1984 JAMUNDI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-3106400-65080353-F-0031525016-20000901 04240 00245A 02 087978085

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
MUNICIPIO DE JAMUNDI
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

Jamundí – Valle, enero 27 de 2023

EL SUSCRITO SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE JAMUNDI

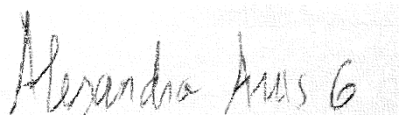
C E R T I F I C A:

Que los adultos mayores relacionados a continuación residen actualmente en la Fundacion Casa de los Ancianos “Espíritu Santo”, por lo cual se expide el siguiente listado censal.

NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Zoila Rosa Bojorge Diaz	31.525.016

Para constancia se firma a los veintisiete (27) días del mes de enero del 2023

Atentamente,



ALEJANDRA ARIAS GARCIA
Secretaria de Desarrollo Social
Municipio de Jamundí
Código postal 764001
Proyecto y elaboro: Viviana C.A.
Reviso y Aprobó: Alejandra A.G.
Secretario de Desarrollo Social

Teléfono: (57) + 2 51616166/5190969 Ext. 1024 – **Correo electrónico:** desarrollosocial@jamundi.gov.co Dirección**:** Calle 10 Cra. 10 esquina

La equidad es de todos · Prosperidad Social	**FORMATO FICHA DE INSCRIPCIÓN MODALIDAD INDIRECTA CPSAM - CD PROGRAMA COLOMBIA MAYOR**	**Código: F-IP-283**
		Versión: 1
	PROCESO IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS	**Paginas: 1 de 1**

1. INFORMACIÓN GENERAL

1. Fecha	27/07/2023			
2. Nombre del Departamento	VALLE DEL CAUCA	2.1 COD Departamento		76
3. Nombre del Municipio	JAMUNDI	3.1 COD Municipio		76364
4. Tipo de Institución	4.1 Centro de Protección Social al Adulto Mayor - CPSAM		X	Marcar con una X si corresponde
	4.2 Centro Día - CD			Marcar con una X si corresponde
	4.3 Cabildo o resguardo			Marcar con una X si corresponde
5. Nombre del CPSAM y/o CD	FUNDACION CASA DE LOS ANCIANOS ESPIRITU SANTO CD-368-2023			
6. NIT del CPSAM y/o CD	805028818			7. Regional

2. INFORMACIÓN DE LOS CIUDADANOS

Si superan los 20 ciudadanos potenciales inscritos, se debe diligenciar otro formato.

No.	8. Fecha de inscripción	9. Número de Identificación	10. Primer Apellido	11. Segundo Apellido	12. Primer Nombre	13. Segundo Nombre	14. Fecha de nacimiento	15. Fecha de Expedición
1	27/07/2023	31525016	BOJORGE	DIAZ	ZOILA	*ROSA*	30/10/1966	28/12/1984
2	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
3	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
4	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
5	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
6	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
7	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
8	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
9	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
10	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
11	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
12	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
13	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
14	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
15	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
16	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
17	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
18	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
19	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD
20	AAAA/MM/DD						AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD

16. Elaborado por:		**18. Aprobado por:**	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	MARIA ISABEL BOJORGE DIAZ	**Nombre:**	
Cargo:	REPRESENTANTE LEGAL	**Cargo:**	
CC:	31528910	**CC:**	
Entidad:	NDACION CASA DE LOS ANCIANOS ESPIRITU SAN	**Entidad:**	

1. INFORMACIÓN BÁSICA										2. UBICACIÓN Y CONTACTO							
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DE CÉDULA	FECHA DE EXPEDICIÓN CÉDULA dd/mm/aaaa	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO dd/mm/aaaa	EDAD ACTUAL	SEXO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	CENTRO POBLADO	LOCALIDAD/COMUNA	DIRECCIÓN	NOMBRE DE BARRIO	VEREDA
CC	31.525.016	28/12/1984	ZOILA	ROSA	BOJORGE	DIAZ	30/10/1966	57	MUJER	VALLE_DEL_CAUCA	76364_JAMUNDI	CABECERA MUNICIPAL	x	x	kl 2 via potrerito finca zapatoca	loma de piedra	si

2. UBICACIÓN Y CONTACTO			3. DATOS DE CONTACTO ALTERNATIVO			4. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA												
TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO/CELULAR	DIRECCIÓN	CABEZA DE FAMILIA	ESTADO CIVIL	ETNIA	PUEBLO INDÍGENA	PERTENECE A UN TERRITORIO COLECTIVO	TERRITORIO COLECTIVO	COMUNIDAD ÉTNICA	HABLA OTRA LENGUA	SELECCIONE LAS OTRAS LENGUAS	DISCAPACIDAD	TIPO DE DISCAPACIDAD	IDENTIDAD DE GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL
x	3122978621	isabelojorge70@hotm	maria isabel bojorge	3122978621	cra 5 nº 9b-32	NO	SOLTERO(A)	GITANO(A) O ROM		NO_PERTENECE			NO_HABLA_OTRA_LENGUA		NO_PRESENTA_DISCAPACIDAD		FEMENINO	NO RESPONDE

4. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA													5. ADJUNTAR SOPORTES		
VÍCTIMA	HECHO VICTIMIZANTE	HA VIVIDO FUERA DE COLOMBIA	AÑOS EN EL QUE RETORNO AL PAÍS	RECIBE SUBSIDIO EN DINERO	¿CUÁL?	VIVE SOLO, SIN INDEPENDENCIA ECONÓMICA	PERDIÓ EL SUBSIDIO POR TRASLADO DE MUNICIPIO	PERDIÓ EL SUBSIDIO AL APORTE A PENSIÓN	TIENE PERSONAS A CARGO	¿CUÁNTAS?	NOMBRE CPSAM/CD	IDENTIFICACIÓN CPSAM/CD	TIPO DE SOPORTE	TIPO DE SOPORTE	TIPO DE SOPORTE
NO_ES_VICTIMA		NO_HA_VIVIDO_FUERA		no	x	NO_DEPENDIENTE_ECONOMICO	NO_PERDIO_SUBSIDIO	NO_PERDIO_APORTE	NO_TIENE		CD-368-2023	805028818-1	CEDULA DE CIUDADANIA	CEDULA DE CIUDADANIA	FORMATO INSCRIPCION