Fundacion Casa de los Ancianos
Espíritu Santo

NIT. 805028818-1

Jamundi, 11 diciembre 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
Zoila Rosa Bojorge Diaz	31.525.016	11/12/2023	fallecimiento

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
Alba Mery Ocampo de Chirimuscay	25.610.747	11/12/2023	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

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	11/12/2023			
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	11/12/2023	31.525.016	Bojorge	Diaz	Zoila	*Rosa*	**1**
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:	31.528.910	**CC:**	
Entidad:	fundacion casa de los ancianos espiritu santo	**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

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 ESTATURA | O+ G.S. RH | F 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

Fundacion Casa de los Ancianos
Espíritu Santo

NIT. 805028818-1

ACTA DE LA JUNTA DIRECTIVA 23

siendo las 10:00 AM del día 11 de diciembre 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
Zoila Rosa Bojorge Diaz	31.525.016	11/12/2023	Fallecimiento

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
Alba Mery Ocampo de Chirimuscay	25610747	11/12/2023	Postulación

MARIA ISABEL BOJORGE DIAZ
REPRESENTANTE LEGAL

MAURICIO FLOREZ LOPEZ
VICEPRESIDENTE

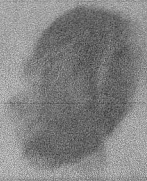
DARIO FLOREZ LOPEZ
SECRETARIO

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 25.610.747

OCAMPO De CHIRIMUSCAY

APELLIDOS

ALBA MERY

NOMBRES

Alba M Ocampo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-FEB-1945

PIENDAMO
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA

AB- G.S. RH

F SEXO

17-ENE-1976 PIENDAMO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1107600-00159237-F-0025610747-20090613 0012472910A 1 32063007

Jamundí – Valle, abril 12 del 2023

EL SUSCRITO SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE JAMUNDI

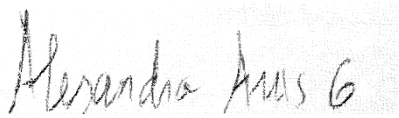
C E R T I F I C A:

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
Alba Mery Ocampo de Chirimuscay	25.610.747

Para constancia se firma a los veintisiete (12) días del mes de abril 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

PROSPERIDAD SOCIAL	FORMATO MATRIZ DE INSCRIPCIÓN MODALIDAD INDIRECTA CPSAM - CD PROGRAMA COLOMBIA MAYOR	Código: F-IP-284
		Versión: 1
	PROCESO IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS	Paginas: 1 de 3

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	25.610.747	17/01/1976	Alba	Mery	Ocampo	Chirimuscay	04/02/1945	78	MUJER	VALLE_DEL_CAUCA	76364_JAMUNDI	CABECERA MUNICIPAL			kilometro 2 via potrerito jamundi	callejon zapatoca	

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
	3122978621	isabelojorge70@hot	Maria Isabel Bojorge Diaz	3122978621	cra 5 nº9b-32	SI	SOLTERO(A)	NINGUNA DE LAS ANTERIORES		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			NO_PERDIO_SUBSIDIO		NO_TIENE		cd-368-2023	805028818	CEDULA DE CIUDADANIA	CEDULA DE CIUDADANIA	FORMATO INSCRIPCION

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

2310222037806O

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN Departamento: VALLE DEL CAUCA		Municipio: CALI	
ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN Área: Cabecera Municipal		Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)	
TIPO DE DEFUNCIÓN: No fetal	**FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**: 2023-10-06		**HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**: 14:36:00
SEXO DEL FALLECIDO: Femenino	**IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO** Tipo de documento: Cédula de ciudadanía	Número de documento: 31525016	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido: BOJORGE	Segundo apellido: DIAZ	Primer nombre: ZOILA	Segundo nombre: ROSA
PROBABLE MANERA DE MUERTE: Natural	**DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO** Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores	¿A cuál pueblo indígena pertenece?	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR Tipo de documento: Cédula de ciudadanía		Número de documento: 1153464349	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR Primer apellido: NUÑEZ	Segundo apellido: MUÑOZ	Primer nombre: ALIX	Segundo nombre: MELISSA
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico		**REGISTRO PROFESIONAL**: 1153464349	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento: VALLE DEL CAUCA		Municipio: CALI	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día: 2023-10-06		**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN**: Alix Melissa Nuñez Muñoz, Médico General, T.P. 1153464349	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-10-06 15:13

Código verificación: EFC6-3FC3-4FB6-7D87