# INFORME DE SUPERVISIÓN PROGRAMA PERSONA MAYOR

| Número | Año | EPÍGRAFE | ENTIDAD EMISORA |
|---|---|---|---|
| **PERSONAMAYOR** | | | |
| **CONSTITUCION POLITICA** | 1991 | ARTICULO 46- 298-311 | Constituyente |
| **Ley 1251** | 2008 | Por la cual se dictan normas tendiente a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de las personas mayores | Congreso de Colombia |
| **Ley 1276** | 2009 | A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del PERSONA mayor en los centros vida | Congreso de Colombia |
| **Ley 1315** | 13/07/2009 | Se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de las personas mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención. | Congreso de Colombia |
| **Ley 1850** | 9/07/2017 | Por medio de la cual se establecen medidas de protección al PERSONA mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones | Congreso de Colombia |
| **Ley 2040** | 27/07/2020 | Por medio de la cual se adoptan medidas para impulsar el trabajo para personas mayores y se dictan otras disposiciones. | Congreso de Colombia |
| **Resolución 0024** | 11/01/2017 | Por medio de la cual se establecen los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los Centros Vida y se establecen las condiciones para la suscripción de se establecen las condiciones para la suscripción de convenios | Ministerio de Salud y Protección Social |
| **Resolución 0055** | 12/01/2018 | Por medio de la cual se modifica la resolución 0024 de 2017 | Ministerio de Salud y Protección Social |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Resolución 1378** | 28/04/2015 | Por la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social del PERSONA mayor y para la conmemoración del "Día del Colombiano de Oro" | Ministerio de Salud y Protección Social |
| **Decreto 780** | 6/05/2016 | Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social | Ministerio de Salud y Protección Social |
| **Decreto Nacional 681** | 2/05/2022 | Por medio del cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la parte 9 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 -2031. | Ministerio de Salud y Protección Social |
| **Ordenanza 783** | 2/08/2016 | Se ordena la emisión y cobro de la Estampilla para el bienestar del PERSONA mayor | Asamblea Departamental de Caldas |
| **Decreto 039** | 28/02/2018 | Reglamente la destinación y fijan los lineamientos para la vigilancia, control y supervisión de la estampilla para el bienestar del PERSONA mayor. | Departamento de Caldas |
| **Decreto 176** | 31/08/2018 | Adopta la Política Pública social de envejecimiento y vejez 2018- 2028 del Departamento de Caldas | Departamento de Caldas |
| **Anexo técnico Res. 055** | 2018 | Anexo técnico estándares y criterios para centros | Ministerio de Salud y Protección Social |

| **PROGRAMA DE PERSONAS MAYORES** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | Aranzazu – Caldas | | | | | |
| **INFORME No.** | 1 | | | | | |
| **FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME** | **DÍA** | 06 | **MES** | 06 | **AÑO** | 2025 |
| **PERIODO DEL INFORME CENTRO VIDA/DÍA** | 2 de Mayo al 30 de Mayo | | | | | |
| **PERIODO DEL INFORME CENTRO DE PROTECCIÓN** | 2 de Mayo al 30 de Mayo | | | | | |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL:

| **DATOS** | **DESCRIPCIÓN** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONVENIO/RESOLUCIÓN CON LA GOBERNACIÓN** | 22042025-0837 | | | | | |
| **OBJETO** | AUNAR ESFUERZOS PARA LA DIGNIFICACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL MUNICIPIO DE ARANZAZU DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS 2025 | | | | | |
| **VALOR TOTAL** | 363.780.000 | | | | | |
| **VALOR APORTE DEPARTAMENTO** | 341.000.000 | | | | | |
| **VALOR APORTE MUNICIPIO** | 22.780.000 | | | | | |
| **DECRETO DE INCORPORACIÓN DE RECURSOS (Sólo para el primer informe o adiciones)** | **No. DEL DECRETO** | | | 019 de 2025 – 24 de abril del 2025 | | |
| | **FECHA** | | | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
| | | | | 24 | 04 | 2025 |
| | **No. DEL RUBRO DE INGRESO** | | | 1.1.02.06.006.06.01 | | |
| | **DESCRIPCIÓN** | | | departamento | | |
| | **VALOR** | | | $ 341.000.000 | | |
| | **No. DEL RUBRO DE EGRESO** | | | 1.3.2.02.02.009.009.04.02 | | |
| | **DESCRIPCIÓN** | | | municipio | | |
| | **VALOR** | | | $ 341.000.000 | | |
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | Adjuntar en medio digital decreto. | | | | | |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | **FECHA DE INICIO** | | | **FECHA DE TERMINACIÓN** | | |
| | **DÍA** | **MES** | **AÑO** | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
| | 02 | 05 | 2025 | 30 | 11 | 2025 |
| **No. DE POBLACIÓN BENEFICIADA CENTRO VIDA/DÍA** | **HOMBRE** | 28 | **MUJER** | 72 | **TOTAL** | 100 |
| **No. DE POBLACIÓN BENEFICIADA CENTRO DE PROTECCIÓN** | **HOMBRE** | 13 | **MUJER** | 11 | **TOTAL** | 24 |
| **ASEGURAMIENTO EN SALUD** | **CENTRO VIDA/DÍA** | | | | | |
| | **GRUPO A:** Pobreza Extrema (Desde A1 | | | **GRUPO B:** Pobreza Moderada (Desde B1 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | hasta A5) | | hasta B7) | |
| | **GRUPO C:** Población Vulnerable (Desde C1 Hasta C18) | | **GRUPO D:** Población no pobre no vulnerable (Desde D1 Hasta D21) | |
| | **INDÍGENAS:** | | **NARP:** | |
| | **DESPLAZADOS:** | | **LISTADO CENSAL:** | |
| | **CENTRO DE PROTECCIÓN** | | | |
| | **GRUPO A:** Pobreza Extrema (Desde A1 hasta A5) | | **GRUPO B:** Pobreza Moderada (Desde B1 hasta B7) | |
| | **GRUPO C:** Población Vulnerable (Desde C1 Hasta C18) | | **GRUPO D:** Población no pobre no vulnerable (Desde D1 Hasta D21) | |
| | **INDÍGENAS:** | | **NARP:** | |
| | **DESPLAZADOS:** | | **LISTADO CENSAL:** | |
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | Adjuntar en medio digital de forma **mensual (actualizada)**, certificación de la población de personas mayores, clasificados en la categoría correspondiente que les permite ser beneficiarios del programa, **firmada por parte del alcalde**, incluyendo la **base de datos** de dichas personas mayores. | | | |
| **PERSONERÍA JURÍDICA DE LOS CENTROS** | **CENTRO VIDA/DÍA** | | | |
| | **RAZÓN SOCIAL** | CORPORACIÓN P Y P PROGRAMAS Y PROYECTOS INTEGRALES | | |
| | **NIT** | 900.836.367-0 | | |
| | **TIPO DE ORGANIZACIÓN** | PRIVADA | | |
| | **DIRECCIÓN** | Carrera 22ª Nro 75-20 bloque 7 apto 102 | | |
| | **ZONA (URBANA O RURAL)** | Sub urbana | | |
| | **SEDE (PROPIA, ARRIENDO, COMODATO O PRESTAMO)** | Arriendo | | |
| | **REPRESENTANTE LEGAL** | JUAN MARTIN RIVERA MANRIQUE | | |
| | **CÉDULA DE CIUDADANÍA** | 1.193.063.903 | | |
| | **TELÉFONO** | 3122741945 | | |
| | **OBSERVACIÓN** | | | |
| | **CENTRO DE PROTECCIÓN** | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **RAZÓN SOCIAL** | | | CORPORACIÓN P Y P PROGRAMAS Y PROYECTOS INTEGRALES | | |
| | **NIT** | | | 900.836.367-0 | | |
| | **TIPO DE ORGANIZACIÓN** | | | PRIVADA | | |
| | **DIRECCIÓN** | | | Carrera 22ª Nro 75-20 bloque 7 apto 102 | | |
| | **ZONA (URBANA O RURAL)** | | | Rural | | |
| | **SEDE (PROPIA, ARRIENDO, COMODATO O PRESTAMO)** | | | Comodato | | |
| | **REPRESENTANTE LEGAL** | | | JUAN MARTIN RIVERA MANRIQUE | | |
| | **CÉDULA DE CIUDADANÍA** | | | 1.193.063.903 | | |
| | **TELÉFONO** | | | 3122741945 | | |
| | **OBSERVACIÓN** | | | | | |
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | Adjuntar en medio digital certificado de cámara de comercio y/o documentos soporte. | | | | | |
| **CONFORMACIÓN DE VEEDURÍA CIUDADANA DEL PROGRAMA PERSONA MAYOR** | **No. ACTO ADMINISTRATIVO** | | | Resolución 021 del 13 de febrero del 2025 | | |
| | **FECHA DE INICIO** | | | **FECHA DE TERMINACIÓN** | | |
| | **DÍA** | **MES** | **AÑO** | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
| | 13 | 02 | 2025 | 12 | 02 | 2028 |
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | Adjuntar en medio digital acto de administrativo de conformación de la veeduría ciudadana **vigente** (para el primer informe) y presentar los informes de las veedurías **cada dos meses**. | | | | | |
| **DATOS DEL OPERADOR** | **NOMBRE DEL OPERADOR** | | | CORPORACIÓN P Y P PROGRAMAS Y PROYECTOS INTEGRALES | | |
| | **No. CONVENIO/CONTRATO** | | | 006-2025-CI | | |
| | **OBJETO** | | | LLEVAR A CABO LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO AUNAR ESFUERZOS PARA LA DIGNIFICACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL MPIO DE ARANZAZU DEL DEPTO DE CDAS 2025 | | |
| | **VALOR** | | | 363.780.000 | | |
| | **FECHA DE INICIO** | | | **FECHA DE TERMINACIÓN** | | |
| | **DÍA** | **MES** | **AÑO** | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
| | 02 | 05 | 2025 | 30 | 09 | 2025 |
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | Adjuntar en medio digital el convenio/contrato del operador con el municipio (si aplica). | | | | | |

## 2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS DE ACUERDO CON LA FICHA TÉCNICA DE LA CANASTA BÁSICA DE SERVICIOS (Decreto 039/2018):

### 2.1. COORDINACIÓN – COORDINADOR

Diligenciar la siguiente información:

| CENTRO VIDA/DÍA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| Magister en GTH | Rafael Antonio García C.C.75090041 | Prestación de servicios | $ 2.700.000 | 33301793 | 1.001.800 |
| | | | | | |
| | | **TOTAL** | $ 2.700.000 | | |

| CENTRO DE PROTECCIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESIÓN** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | **TOTAL** | | | |

Breve informe del cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal relacionado (**Máximo 20 renglones**):

**ACTIVIDADES REALIZADAS:**

- ✓ Gestionar a reuniones con la persona una vez al mes para evaluar el trabajo en equipo
- ✓ Asistencia reunión con la junta directiva 1 vez al mes del centro de protección
- ✓ Gestionar a actividades de los adultos mayores de ambos centros
- ✓ Gestionar los insumos requeridos en el hogar santa catalina y centro vida cuando son requeridos
- ✓ Gestionar la compra de los alimentos para ambos centros semanal
- ✓ Gestionar Integración con los adultos mayores (caminatas o manualidades)
- ✓ Supervisar que las instalaciones estén en buen estado
- ✓ Gestionar transporte, si es requerido para el adulto mayor
- ✓ Supervisar al personal que cumpla sus funciones
- ✓ Supervisar la atención brindada al adulto mayor
- ✓ Brindar un apoyo si es requerido en alguno de los dos centros

**REGISTRO FOTOGRÁFICO:**









| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contratos del personal.<br>• Cédula de Ciudadanía.<br>• RUT (actualizado).<br>• Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar.<br>• Planilla de pago a seguridad social.<br>• Cuenta de cobro o Factura Electrónica discriminada (si aplica).<br>• Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas. |

## 2.2. ALIMENTACIÓN - RACIONES PREPARADAS

COPIA CONTROLADA

- **CENTRO VIDA/DÍA:**

De acuerdo con la ficha técnica, indicar con una X las raciones preparadas (en caliente), que se proporcionan a los beneficiarios del centro, asegurando la ingesta requerida a nivel nutricional y óptimas condiciones de salud para la persona mayor, a partir de las minutas elaboradas por profesionales en nutrición:

- **DESAYUNO: __**
- **REFRIGERIO DE LA MAÑANA: __**
- **ALMUERZO: _x_**
- **REFRIGERIO DE LA TARDE: _x_**

Diligenciar la siguiente información:

| LISTADOS DE ALIMENTACIÓN (SEMANA) | | | | | | TOTAL DÍAS | TOTAL PERSONAS BENEFICIARIOS | COSTO UNITARIO (DÍA) | COSTO TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA INICIAL | | | FECHA FINAL | | | | | | |
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | | | | |
| 2 | 05 | 2025 | 02 | 05 | 2025 | 1 | 100 | $ 16.737.63 | $ 1.673.763 |
| 5 | 05 | 2025 | 9 | 05 | 2025 | 5 | 100 | $ 16.737.63 | $ 8.368.815 |
| 12 | 05 | 2025 | 16 | 05 | 2025 | 5 | 100 | $ 16.737.63 | $ 8.368.815 |
| 19 | 05 | 2025 | 23 | 05 | 2025 | 5 | 100 | $ 16.737.63 | $ 8.368.815 |
| 26 | 05 | 2025 | 30 | 05 | 2025 | 5 | 100 | $ 16.737.63 | $ 8.368.815 |
| | | | | | | | | **VALOR TOTAL** | $ 35.149.023 |

| SOPORTES FINANCIEROS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA FACTURA | | | No. FACTURA ELECTRÓNICA | PROVEEDOR | VALOR TOTAL |
| DIA | MES | AÑO | | | |
| 06 | 06 | 2025 | FE 77 | CORPORACIÓN P Y P PROGRAMAS Y PROYECTOS INTEGRALES | $ 70.486.211.4 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | **VALOR TOTAL** | $ 70.486.211.4 |

- **CENTRO DE PROTECCIÓN:**

De acuerdo con la ficha técnica, indicar con una X las raciones preparadas (en caliente), que se proporcionan a los beneficiarios del centro, asegurando la ingesta requerida a nivel nutricional y óptimas condiciones de salud para la persona mayor, a partir de las minutas elaboradas por profesionales en nutrición:

- **DESAYUNO: __**
- **REFRIGERIO DE LA MAÑANA: __**
- **ALMUERZO: _X_**

- **REFRIGERIO DE LA TARDE: __**
- **CENA: _X_**

Diligenciar la siguiente información:

| **LISTADOS DE ALIMENTACIÓN (SEMANA)** | | | | | | **TOTAL DÍAS** | **TOTAL PERSONAS BENEFICIARIOS** | **COSTO UNITARIO (DÍA)** | **COSTO TOTAL** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA INICIAL** | | | **FECHA FINAL** | | | | | | |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | **DIA** | **MES** | **AÑO** | | | | |
| 02 | 05 | 2025 | 31 | 05 | 2025 | 30 | 24 | $ 20.186.72 | $ 14.534.438.4 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | **VALOR TOTAL** | $ 14.534.438.4 |

| **SOPORTES FINANCIEROS** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE LA FACTURA** | | | **No. FACTURA ELECTRÓNICA** | **PROVEEDOR** | **VALOR TOTAL** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | | | |
| 06 | 06 | 2025 | FE 77 | CORPORACIÓN P Y P PROGRAMAS Y PROYECTOS INTEGRALES | $ 70.486.211.4 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | **VALOR TOTAL** | $ 70.486.211.4 |

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | • Adjuntar en medio digital listados de entrega de alimentación, con firma/huella de recibido por parte de los beneficiarios, raciones proporcionadas y fechas semanales, para centro vida/día y centro de protección.<br>• Adjuntar en medio digital facturas electrónicas relacionadas. |
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN REPOSAR EN EL MUNICIPIO** | • Listados de entrega de alimentación.<br>• Facturas electrónicas.<br>• Soporte de pago.<br>• Registro fotográfico. |

| **OBSERVACIONES** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA** | | | **DESCRIPCIÓN** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | |
| | | | |

### 2.3. ALIMENTACIÓN - RACIONES PARA PREPARAR (CENTRO VIDA/DÍA)

COPIA CONTROLADA

- **RACIÓN ALIMENTARIA COMPLEMENTARIA PARA PERSONAS MAYORES EN RIESGO DE MALNUTRICIÓN:**

Diligenciar la siguiente información:

| LISTADOS DE ALIMENTACIÓN | | | TOTAL PERSONAS BENEFICIARIOS | COSTO UNITARIO | COSTO TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE ENTREGA | | | | | |
| DIA | MES | AÑO | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | VALOR TOTAL | |

| SOPORTES FINANCIEROS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA FACTURA | | | No. FACTURA ELECTRÓNICA | PROVEEDOR | VALOR TOTAL |
| DIA | MES | AÑO | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | VALOR TOTAL | |

- **RACIÓN ALIMENTARIA COMPLEMENTARIA PARA PERSONAS MAYORES DE LA ZONA RURAL DISPERSA:**

Diligenciar la siguiente información:

| LISTADOS DE ALIMENTACIÓN | | | TOTAL PERSONAS BENEFICIARIOS | COSTO UNITARIO | COSTO TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE ENTREGA | | | | | |
| DIA | MES | AÑO | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | VALOR TOTAL | |

| SOPORTES FINANCIEROS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA FACTURA | | | No. FACTURA ELECTRÓNICA | PROVEEDOR | VALOR TOTAL |
| DIA | MES | AÑO | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | VALOR TOTAL | |

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | • Adjuntar en medio digital listados de entrega de alimentación para centro vida/día, con firma/huella de recibido por parte de los beneficiarios y fecha de entrega.<br>• Adjuntar en medio digital facturas electrónicas relacionadas. |

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN REPOSAR EN EL MUNICIPIO** | • Listados de entrega de alimentación.<br>• Facturas electrónicas.<br>• Registro fotográfico. |

| **OBSERVACIONES** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA** | | | **DESCRIPCIÓN** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | |
| | | | |

### 2.4. ALIMENTACIÓN - NUTRICIONISTA/INGENIERO DE ALIMENTOS

Diligenciar la siguiente información:

| **CENTRO VIDA/DÍA** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | | |

| **CENTRO DE PROTECCIÓN** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | | |

Breve informe del cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal relacionado (**Máximo 20 renglones**):

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contratos del personal.<br>• Cédula de Ciudadanía.<br>• RUT (actualizado).<br>• Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar.<br>• Planilla de pago a seguridad social.<br>• Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica).<br>• Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas. |

### 2.5. ALIMENTACIÓN - MANIPULADOR DE ALIMENTOS

Diligenciar la siguiente información:

| CENTRO VIDA/DÍA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| Manipuladora de alimentos | Julieth Viviana Gómez c.c. 24.437.649 | Prestación de servicios | $ 1.674.000 | 8636089810 | $ 420.700 |
| Manipulador de alimentos | Gildardo González c.c. 16.137.368 | Prestación de servicios | $ 1.674.000 | 8636363844 | $ 420.700 |
| Manipuladora de alimentos | María Maleny Barco c.c. 24.343.529 | Prestación de servicios | $ 1.674.000 | 8636093601 | $ 420.700 |
| | | **TOTAL** | $ 5.022.000 | | |

| CENTRO DE PROTECCIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| Manipuladora de alimentos | Martha Lucia Ríos Arango c.c. 24.435.934 | Prestación de servicios | $ 1.975.187 | 33592440 | $ 356.700 |
| | | | | | |
| | | **TOTAL** | $ 1.975.187 | | |

Breve informe del cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal relacionado (**Máximo 20 renglones**):

Actividades que se realizan:

- ✓ FASE INICIAL:
  - Limpieza, desinfección del área de trabajo.
  - Esterilización de alimentos
  - Procesamiento de alimentos de acuerdo con el menú previamente establecido.
- ✓ FASE CENTRAL:
  - Se sirve la mesa al medio día, de 12 p.m. a 1 p.m.
  - Se levanta la vajilla de la mesa, y se procede a lavarla, al igual que se lavan los elementos utilizados para manipulación y procesamiento de alimentos.
  - Se limpia el área del comedor
  - Se prepara el algo, que posteriormente se sirve de 3 p.m. a 3:30 p.m.
  - Se levanta la vajilla de la mesa, y se procede a lavar todos los elementos; tal y como se realizó al medio día.
- ✓ FASE FINAL:

COPIA CONTROLADA

Se cierra el hogar, verificando que todo quede en orden.





Actividades de centro de protección:

- ✓ Preparación diaria de alimentos según las minutas estipuladas
- ✓ acompañamiento y supervisión en el comedor para que los adultos mayores ingieran adecuadamente los alimentos y mantengan una alimentación sana balanceada
- ✓ limpieza y desinfección diaria de utensilios
- ✓ limpieza y desinfección diaria de neveras, estufas, horno, lacenas, pisos, paredes y ventanas
- ✓ colaboro en asistir los adultos mayores que poseen problemas físicos para deglutir solos.
- ✓ Organizo el mercado en cada caneca correspondiente, estando muy pendiente de sus fechas de vencimientos.





| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contratos del personal.<br>• Cédula de Ciudadanía.<br>• RUT (actualizado).<br>• Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar.<br>• Planilla de pago a seguridad social.<br>• Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica).<br>• Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas. |

### 2.6. ALIMENTACIÓN - AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

Diligenciar la siguiente información:

| **CENTRO VIDA/DÍA** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| Bachiller | Gloria Inés García Salazar C.C. 24.435.811 | Prestación de Servicio | $ 1.728.000 | 8636094649 | $ 420.700 |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | $ 1.728.000 | |

| **CENTRO DE PROTECCIÓN** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| Bachiller | Nancy González Ocampo C.C. 24.825.888 | Prestación de servicios | $ 1.975.187 | 33592440 | $ 356.700 |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | $ 1.975.187 | |

Breve informe del cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal relacionado (**Máximo 20 renglones**):

**Actividades Realizadas:**
En este informe se dan a conocer las actividades realizadas en el mes de mayo del 2025 con los adultos mayores en el hogar de protección santa catalina con el fin de brindar una atención humanizada y encaminada a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores residentes en el hogar. como auxiliar de servicios generales.
Actividades como:
- ✓ Limpieza de pisos, paredes y ventanas.
- ✓ lavado y organización de ropa en cada armario correspondiente

- ✓ desinfección de las instalaciones baños, mesas, sillas, bodegas patios y cuartos del hogar, con apoyo de cuidadores.
- ✓ Colaboro en la atención integral de los adultos mayores con el baño, tendido de cama, asisto en los alimentos
- ✓ Cubro el día de descanso de la manipuladora de alimentos, apoyándola en los alimentos, limpieza y desinfección de todos los instrumentos de la cocina.





| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contratos del personal.<br>• Cédula de Ciudadanía.<br>• RUT (actualizado).<br>• Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar.<br>• Planilla de pago a seguridad social.<br>• Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica).<br>• Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas. |

### 2.7. ALIMENTACIÓN - AUXILIAR DE LOGÍSTICA

Diligenciar la siguiente información:

| CENTRO VIDA/DÍA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | **TOTAL** | | | |

| CENTRO DE PROTECCIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | | |

Breve informe del cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal relacionado (**Máximo 20 renglones**):

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contratos del personal.<br>• Cédula de Ciudadanía.<br>• RUT (actualizado).<br>• Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar.<br>• Planilla de pago a seguridad social.<br>• Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica).<br>• Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas. |

### 2.8. ALIMENTACIÓN - TRANSPORTADOR/DOMICILIARIO

Diligenciar la siguiente información:

| CENTRO VIDA/DÍA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | | |

| CENTRO DE PROTECCIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | | |

Breve informe del cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal relacionado (**Máximo 20 renglones**):

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contratos del personal.<br>• Cédula de Ciudadanía.<br>• RUT (actualizado).<br>• Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar.<br>• Planilla de pago a seguridad social.<br>• Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica).<br>• Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas. |

### 2.9. ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL – PSICÓLOGO

Diligenciar la siguiente información:

| **CENTRO VIDA/DÍA** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | | |

| **CENTRO DE PROTECCIÓN** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | | |

Breve informe del cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal relacionado (**Máximo 20 renglones**):

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contratos del personal.<br>• Cédula de Ciudadanía.<br>• RUT (actualizado).<br>• Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar.<br>• Planilla de pago a seguridad social. |

| | |
|---|---|
| | • Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica).<br>• Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas. |

### 2.10. ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL - TRABAJADOR SOCIAL

Diligenciar la siguiente información:

| **CENTRO VIDA/DÍA** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | | |

| **CENTRO DE PROTECCIÓN** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | | |

Breve informe del cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal relacionado (**Máximo 20 renglones**):

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contratos del personal.<br>• Cédula de Ciudadanía.<br>• RUT (actualizado).<br>• Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar.<br>• Planilla de pago a seguridad social.<br>• Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica).<br>• Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas. |

### 2.11. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - AUXILIAR DE ENFERMERÍA/TÉCNICO EN ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR

Diligenciar la siguiente información:

| CENTRO VIDA/DÍA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| Auxiliar de Enfermería | Gloria Belén Martínez c.c. 24.437.425 | Prestación de Servicios | $ 1.975.187 | 8636453897 | $ 420.700 |
| | | | | | |
| | | **TOTAL** | $ 1.975.187 | | |

| CENTRO DE PROTECCIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| Auxiliar de Enfermería | Mónica Andrea Villa Salazar c.c. 24.437.834 | Prestación de Servicios | $ 1.975.187 | 33592440 | $ 356.700 |
| | | | | | |
| | | **TOTAL** | $ 1.975.187 | | |

Breve informe del cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal relacionado (**Máximo 20 renglones**):

**CENTRO VIDA/DIA**

**ACTIVIDADES REALIZADAS:**

Actividad didáctica sobre alimentación saludables.

Se realizo charla sobre este tema tan importante como lo es una buena alimentación, mantener una dieta equilibrada y variada les permite prevenir enfermedades, mejorar la calidad de vida y tener una mejor salud. Al final se realizó juego con aros para la retroalimentación del tema.

Charla sobre sexualidad en la tercera edad.

Celebración día de la madre.

17 de mayo día mundial de la hipertensión

Depresión y salud mental en la tercera edad.

Este tema es muy importante para nuestros abuelos ya que en esta edad muchos llegan a sufrir ansiedad y depresión y las causas o factores son muchos, se socializo rutas de atención en caso de necesitar ayuda.

Control y seguimiento de signos vitales a cada adulto mayor del programa.

Este procedimiento es fundamental para detectar alteraciones en su salud y asegurar su bienestar, por tal motivo se toma signos vitales cada quince días a todos nuestros adultos mayores y diario a algunos abuelos que así lo requieran.

Juegos de concentración y habilidades.
se realiza gestión para consecución se citas médicas y entrega de medicamentos.
Se realiza gestión para que algunos adultos puedan ir al médico o conseguir sus medicamentos y que ellos por salud u otros motivos no pueden, se apoya diferentes actividades del centro día.
Toma de huellas a los adultos mayores, Curaciones a los abuelos que lo necesitan,
Manejo de papelería y formularios, Actividades religiosas, Recreación

**EVIDENCIA FOTOGRÁFICA:**









COPIA CONTROLADA

**CENTRO DE PROTECCION**

- ✓ Higiene corporal diaria al adulto mayor
- ✓ Humectación de manos y pies durante los turnos de día y noche
- ✓ Se realiza aseo diario y desinfección de camas
- ✓ Se realiza corte de uñas manos y pies
- ✓ Se brinda asistencias a los adultos mayores en la alimentación
- ✓ Se brinda asistencia a los adultos mayores incapaces de valerse por sí mismo para trasladarse dentro y fuera del hogar e ir al baño
- ✓ Preparación y administración de medicamentos por vía oral y parenteral
- ✓ Manejo de oxigenoterapia
- ✓ Se realiza curaciones a los adultos mayores que lo requieren
- ✓ Se realiza toma de signos vitales con su respectivo registro
- ✓ Se participa en eucaristía cada 1 viernes de mes y se realiza santo rosario con los adultos mayores
- ✓ Se colabora con aseo y desinfección del hogar, guardado de ropa en cada armario correspondiente
- ✓ Actividades físicas de caminata y terapia con estiramientos de brazos y pies
- ✓ Actividades pedagógicas y juegos lúdicos





| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contratos del personal.<br>• Cédula de Ciudadanía.<br>• RUT (actualizado).<br>• Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar.<br>• Planilla de pago a seguridad social.<br>• Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica).<br>• Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas. |

### 2.12. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – MÉDICO

Diligenciar la siguiente información:

| CENTRO VIDA/DÍA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | | |

| CENTRO DE PROTECCIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | | |

Breve informe del cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal relacionado (**Máximo 20 renglones**):

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contratos del personal.<br>• Cédula de Ciudadanía.<br>• RUT (actualizado).<br>• Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar.<br>• Planilla de pago a seguridad social.<br>• Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica).<br>• Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas. |

### 2.13. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – FISIOTERAPEUTA

Diligenciar la siguiente información:

| CENTRO VIDA/DÍA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | | |

| CENTRO DE PROTECCIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **TOTAL** | | |

Breve informe del cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal relacionado (**Máximo 20 renglones**):

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contratos del personal.<br>• Cédula de Ciudadanía.<br>• RUT (actualizado).<br>• Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar.<br>• Planilla de pago a seguridad social.<br>• Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica).<br>• Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas. |

### 2.14. ASEGURAMIENTO EN SALUD

Será universal en todos los niveles de complejidad, incluyendo a las personas mayores dentro de los grupos prioritarios que define la seguridad social en salud, como beneficiarios del régimen subsidiado.

Diligenciar la siguiente información:

| CENTRO VIDA/DÍA | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN - ASEGURAMIENTO EN SALUD** | |
| | |
| **VALOR TOTAL** | |

| **CENTRO DE PROTECCIÓN** | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN - ASEGURAMIENTO EN SALUD** | |
| | |
| **VALOR TOTAL** | |

Breve informe del cumplimiento de este componente (**Máximo 20 renglones**):

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN REPOSAR EN EL MUNICIPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Soportes técnicos.<br>• Facturas electrónicas.<br>• Soportes de pago.<br>• Registro fotográfico. |

### 2.15. CAPACITACIÓN EN ACTIVIDADES PRODUCTIVAS – TALLERISTA

Diligenciar la siguiente información:

| **CENTRO VIDA/DÍA** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | **TOTAL** | | | |

| **CENTRO DE PROTECCIÓN** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | **TOTAL** | | | |

Breve informe del cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal relacionado (**Máximo 20 renglones**):

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contratos del personal.<br>• Cédula de Ciudadanía.<br>• RUT (actualizado).<br>• Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar.<br>• Planilla de pago a seguridad social. |

| | |
|---|---|
| | • Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica).<br>• Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas. |

### 2.16. CAPACITACIÓN EN ACTIVIDADES PRODUCTIVAS - MATERIALES DE CAPACITACIÓN

Diligenciar la siguiente información:

| CENTRO VIDA/DÍA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOPORTES FINANCIEROS | | | | | | | | |
| FECHA DE LA FACTURA | | | No. FACTURA ELECTRÓNICA | PROVEEDOR | DESCRIPCIÓN ELEMENTOS | CANTIDAD | COSTO UNITARIO | COSTO TOTAL |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | VALOR TOTAL | |

| CENTRO DE PROTECCIÓN | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOPORTES FINANCIEROS | | | | | | | | |
| FECHA DE LA FACTURA | | | No. FACTURA ELECTRÓNICA | PROVEEDOR | DESCRIPCIÓN ELEMENTOS | CANTIDAD | COSTO UNITARIO | COSTO TOTAL |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | VALOR TOTAL | |

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | • Adjuntar en medio digital listados de entrega de materiales, con firma/huella de recibido por parte de los beneficiarios, elementos proporcionados y fecha de entrega, para centro vida/día y centro de protección.<br>• Adjuntar en medio digital acta de entrega de materiales, debidamente firmada por el coordinador del centro.<br>• Adjuntar en medio digital facturas electrónicas relacionadas. |
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN REPOSAR EN EL MUNICIPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Listados de entrega a los beneficiarios.<br>• Acta de entrega debidamente firmada por el coordinador del centro.<br>• Facturas electrónicas.<br>• Soportes de pago.<br>• Registro fotográfico. |

| OBSERVACIONES | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA | | | DESCRIPCIÓN |
| DIA | MES | AÑO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

### 2.17. DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN - EDUCADOR FISICO

Diligenciar la siguiente información:

| CENTRO VIDA/DÍA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| Educador Físico | Jhonatan Marin Grajales c.c.1.056.303.558 | Prestación de servicios | $ 2.268.000 | 8636092117 | $ 420.700 |
| | | | | | |
| | | **TOTAL** | $ 2.268.000 | | |

| CENTRO DE PROTECCIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROFESION** | **NOMBRE Y C.C.** | **TIPO DE CONTRATO Y No.** | **VALOR PAGO PERIODO/MES** | **No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO** | **VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | **TOTAL** | | | |

Breve informe del cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal relacionado (**Máximo 20 renglones**):

- ✓ FASE INICIAL: A través de ejercicios de movilidad articular, estiramientos actividades recreativas y dirigidas elevamos la temperatura corporal de las personas mayores, donde por medio de juegos y actividades lúdicas realizamos la fase inicial de la clase.
- ✓ FASE CENTRAL: Por medios de actividad física musicalizada con implementos como bastones pesas llevamos a cabo la fase central de la clase donde bailando y al ritmo de la música las personas mayores ejecutan diferentes movimientos aeróbicos y anaeróbicos (arriba, abajo, a los lados, al frente, atrás)
- ✓ FASE FINAL: llevamos a cabo ejercicios de respiración y ejercicios de flexibilidad con el fin de volver a la calma y los respectivos estiramientos correspondientes para evitar lesiones a corto y largo plazo.









| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contratos del personal.<br>• Cédula de Ciudadanía.<br>• RUT (actualizado).<br>• Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar.<br>• Planilla de pago a seguridad social.<br>• Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica).<br>• Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas. |

### 2.18. ENCUENTROS INTERGENERACIONALES – MATERIALES, TRANSPORTE Y/O REFRIGERIOS

Diligenciar la siguiente información:

| **CENTRO VIDA/DÍA** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SOPORTES FINANCIEROS** | | | | | | | | |
| **FECHA DE LA FACTURA** | | | **No. FACTURA ELECTRÓNICA** | **PROVEEDOR** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **COSTO UNITARIO** | **COSTO TOTAL** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | **VALOR TOTAL** | |

| **CENTRO DE PROTECCIÓN** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SOPORTES FINANCIEROS** | | | | | | | | |
| **FECHA DE LA FACTURA** | | | **No. FACTURA ELECTRÓNICA** | **PROVEEDOR** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **COSTO UNITARIO** | **COSTO TOTAL** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | **VALOR TOTAL** | |

Breve informe del cumplimiento de este componente (**Máximo 20 renglones**):

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | • Adjuntar en medio digital listados de asistencia, con firma/huella por parte de los beneficiarios, elementos proporcionados y fecha del encuentro, para centro vida/día y centro de protección.<br>• Adjuntar en medio digital facturas electrónicas relacionadas. |
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN REPOSAR EN EL MUNICIPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Listados de asistencia de los beneficiarios.<br>• Facturas electrónicas.<br>• Soportes de pago.<br>• Registro fotográfico. |

### 2.19. PROMOCIÓN DEL TRABAJO ASOCIATIVO - MATERIALES, TRANSPORTE Y/O REFRIGERIOS

Diligenciar la siguiente información:

| **CENTRO VIDA/DÍA** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SOPORTES FINANCIEROS** | | | | | | | | |
| **FECHA DE LA FACTURA** | | | **No. FACTURA ELECTRÓNICA** | **PROVEEDOR** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **COSTO UNITARIO** | **COSTO TOTAL** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | **VALOR TOTAL** | |

| **CENTRO DE PROTECCIÓN** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SOPORTES FINANCIEROS** | | | | | | | | |
| **FECHA DE LA FACTURA** | | | **No. FACTURA ELECTRÓNICA** | **PROVEEDOR** | **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **COSTO UNITARIO** | **COSTO TOTAL** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | **VALOR TOTAL** | |

Breve informe del cumplimiento de este componente (**Máximo 20 renglones**):

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | • Adjuntar en medio digital listados de asistencia, con firma/huella por parte de los beneficiarios, elementos proporcionados y fecha del encuentro, para centro vida/día y centro de protección.<br>• Adjuntar en medio digital facturas electrónicas relacionadas. |
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN REPOSAR EN EL MUNICIPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Listados de asistencia de los beneficiarios.<br>• Facturas electrónicas.<br>• Soportes de pago.<br>• Registro fotográfico. |

### 2.20. PROMOCIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE REDES PARA EL APOYO DE LAS PERSONAS MAYORES

Diligenciar la siguiente información:

| **CENTRO VIDA/DÍA** | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN - CONSTITUCIÓN DE REDES** | |
| | |
| **VALOR TOTAL** | |

| **CENTRO DE PROTECCIÓN** | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN - CONSTITUCIÓN DE REDES** | |
| | |
| **VALOR TOTAL** | |

Breve informe del cumplimiento de este componente (**Máximo 20 renglones**):

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN REPOSAR EN EL MUNICIPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Listados de asistencia de los beneficiarios.<br>• Facturas electrónicas.<br>• Soportes de pago.<br>• Registro fotográfico. |

### 2.21. USO DEL INTERNET – PAGO DE SERVICIO DE INTERNET

Diligenciar la siguiente información:

| **CENTRO VIDA/DÍA** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SOPORTES FINANCIEROS** | | | | | | | |
| **FECHA DE LA FACTURA** | | | **No. FACTURA ELECTRÓNICA** | **OPERADOR** | **PERIODO/MES PAGO** | **BENEFICIARIOS** | **COSTO TOTAL** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | **VALOR TOTAL** | |

| **CENTRO DE PROTECCIÓN** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SOPORTES FINANCIEROS** | | | | | | | |
| **FECHA DE LA FACTURA** | | | **No. FACTURA ELECTRÓNICA** | **OPERADOR** | **PERIODO/MES PAGO** | **BENEFICIARIOS** | **COSTO TOTAL** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | **VALOR TOTAL** | |

Breve Informe del impacto de este servicio para las personas mayores beneficiarias de los programas centro vida/día y centro de protección. (Artículo 4 Decreto 0039 de 2018), (**Máximo 20 renglones**):

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | • Adjuntar en medio digital facturas electrónicas relacionadas. |
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN REPOSAR EN EL MUNICIPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Contrato con el operador.<br>• Facturas electrónicas.<br>• Soportes de pago. |

### 2.22. SEGURO EXEQUIAL

Diligenciar la siguiente información:

| **CENTRO VIDA/DÍA** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SOPORTES FINANCIEROS** | | | | | | | | | |
| **FECHA DE LA FACTURA** | | | **No. FACTURA ELECTRÓNICA** | **ASEGURADORA** | **No. PÓLIZA** | **PERIODO/MES PAGO** | **BENEFICIARIOS** | **COSTO UNITARIO** | **COSTO TOTAL** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | **VALOR TOTAL** | |

| **CENTRO DE PROTECCIÓN** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SOPORTES FINANCIEROS** | | | | | | | | | |
| **FECHA DE LA FACTURA** | | | **No. FACTURA ELECTRÓNICA** | **ASEGURADORA** | **No. PÓLIZA** | **PERIODO/MES PAGO** | **BENEFICIARIOS** | **COSTO UNITARIO** | **COSTO TOTAL** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | • Adjuntar en medio digital póliza de seguro exequial, con la relación de los beneficiarios, para centro vida/día y centro de protección.<br>• Adjuntar en medio digital factura electrónica relacionada. |
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN REPOSAR EN EL MUNICIPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• La póliza de seguro exequial contratada, con la relación de los beneficiarios, para centro vida/día y centro de protección.<br>• Facturas electrónicas.<br>• Soporte de pago del periodo y/o mes rendido. |

| **OBSERVACIONES** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA** | | | **DESCRIPCIÓN** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | |
| | | | |

### 2.23. DOTACIÓN – UNIFORMES, KITS, MATERIALES, INSUMOS, ELEMENTOS, PAPELERÍA, MENAJE DE COCINA, SERVICIO DE TRANSPORTE, VALLA, OTROS

Diligenciar la siguiente información:

| **CENTRO VIDA/DÍA** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SOPORTES FINANCIEROS** | | | | | | | | |
| **FECHA DE LA FACTURA** | | | **No. FACTURA ELECTRÓNICA** | **PROVEEDOR** | **DESCRIPCIÓN ELEMENTOS** | **CANTIDAD** | **COSTO UNITARIO** | **COSTO TOTAL** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | | | | | | |
| 06 | 06 | 2025 | FE 77 | CORPORACIÓN P Y P PROGRAMAS Y PROYECTOS INTEGRALES | Elementos de papelería | varios | $ 500.000 | $ 500.000 |
| 06 | 06 | 2025 | FE 77 | CORPORACIÓN P Y P PROGRAMAS Y PROYECTOS INTEGRALES | Elementos de Aseo | Varios | $ 684.002 | $ 684.002 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | **VALOR TOTAL** | 1.184.002 |

| **CENTRO DE PROTECCIÓN** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **SOPORTES FINANCIEROS** | | | | | | |
| **FECHA DE LA FACTURA** | **No. FACTURA ELECTRÓNICA** | **PROVEEDOR** | **DESCRIPCIÓN ELEMENTOS** | **CANTIDAD** | **COSTO UNITARIO** | **COSTO TOTAL** |

| DIA | MES | AÑO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | **VALOR TOTAL** | |

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | • Adjuntar en medio digital listados de entrega de dotación, con firma/huella de recibido por parte de los beneficiarios, elementos proporcionados y fecha de entrega, para centro vida/día y centro de protección.<br>• Adjuntar en medio digital acta de entrega de dotación, debidamente firmada por el coordinador del centro.<br>• Adjuntar en medio digital facturas electrónicas relacionadas. |
| **EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN REPOSAR EN EL MUNICIPIO** | En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias:<br>• Listados de entrega a los beneficiarios.<br>• Acta de entrega debidamente firmada por el coordinador del centro.<br>• Facturas electrónicas.<br>• Soportes de pago.<br>• Registro fotográfico. |

| **OBSERVACIONES** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA** | | | **DESCRIPCIÓN** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | |
| | | | |

### 2.24. EXPERIENCIAS EXITOSAS CENTRO VIDA/DÍA Y CENTROS DE PROTECCIÓN

| **OBSERVACIONES** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA** | | | **DESCRIPCIÓN** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | • Soportes de las experiencias exitosas.<br>• Registro fotográfico. |

### 2.25. NOVEDADES A NIVEL MENSUAL EN LOS CENTRO VIDA/DÍA Y CENTROS DE PROTECCIÓN

| **OBSERVACIONES** | |
|---|---|
| **FECHA** | **DESCRIPCIÓN** |

| DIA | MES | AÑO | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | |
|---|---|
| **EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS** | • Certificación de Novedades de personal de persona mayor. |

**2.26. REGISTRO FOTOGRAFICO: Entrega de alimentación, entre otros**

**NOTAS**:

1 EN CASO DE NO ESTAR CONTEMPLADO EN LA FICHA TÉCNICA ALGUNO DE LOS ÍTEMS DESCRITOS EN ESTE FORMATO, INDICAR NO APLICA-N/A
2 SI EN EL FORMATO NO SE ENCUENTRA ALGUNO DE LOS ÍTEMS CONTEMPLADOS EN EL FICHA TECNICA DEBE INCLUIRLO EN EL INFORME Y JUSTIFICARLO
3 SOLICITAR RUT ACTUALIZADO A LOS PROVEEDORES

## 3. DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR EL INFORME DEL PROGRAMA PERSONA MAYOR PRESENTADO POR EL MUNICIPIO, REQUERIDOS PARA EL PAGO.

| DOCUMENTO | APLICA | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| 1. Factura electrónica del Municipio dirigida a la Gobernación. | x | |
| 2. Certificado actualizado de la cuenta bancaria, exclusiva para los recursos del programa de personas mayores asignados por la Gobernación. | x | |
| 3. Certificado de parafiscales del Municipio, firmado por el alcalde. | x | |
| 4. Decreto de incorporación de recursos (primer informe y adiciones). | x | |
| 5. Certificado de aseguramiento en salud, con la población de personas mayores clasificados en la categoría correspondiente que les permite ser beneficiarios del programa, firmada por parte del alcalde, incluyendo la base de datos de dichas personas mayores (actualizado mensualmente). | x | |
| 6. Documentos soporte personería jurídica de los centros (primer informe). | x | |
| 7. Acto de administrativo de conformación de la veeduría ciudadana vigente (primer informe) y presentar los informes de las veedurías (cada dos meses). | x | |
| 8. Convenio/contrato del operador con el municipio (si aplica, para primer informe y adiciones). | x | |
| 9. Raciones preparadas: Listados de entrega de alimentación, con firma/huella de recibido por parte de los beneficiarios, raciones proporcionadas y fechas semanales, para centro vida/día y centro de protección. | x | |
| 10. Raciones para preparar: Listados de entrega de alimentación para centro vida/día, con firma/huella de recibido por parte de los beneficiarios y fecha de entrega. | x | |
| 11. Materiales, dotación, otros: | x | |

| | | |
|---|---|---|
| - Listados de entregas, con firma/huella de recibido por parte de los beneficiarios, elementos proporcionados y fecha de entrega, para centro vida/día y centro de protección.<br>- Acta de recibido por parte del centro vida/día y/o del centro de protección de los elementos de dotación adquiridos, debidamente firmada por el coordinador del centro y el supervisor del Municipio, incluyendo registro fotográfico. | | |
| 12. Encuentros intergeneracionales y promoción del trabajo asociativo: Listados de asistencia, con firma/huella por parte de los beneficiarios, elementos proporcionados y fecha del encuentro, para centro vida/día y centro de protección. | | x |
| 13. Póliza de seguro exequial, con la relación de los beneficiarios, para centro vida/día y centro de protección. | | x |
| 14. Todas las facturas electrónicas relacionadas y factura del operador con descripción detallada de la ejecución de cada componente relacionado en el informe. | x | |
| 15. Soportes de las experiencias exitosas. | | x |
| 16. Certificación de novedades de personal de persona mayor. | | x |
| 17. Registro fotográfico. | x | |
| 18. Certificado de cumplimiento: Documento firmado por parte del ordenador y del supervisor del Municipio donde se certifique el cumplimiento de las obligaciones derivadas del convenio/resolución para el periodo reportado, tal y como se describe en el informe presentado (que se adjunta). | x | |

## 4. COMPROMISOS DOCUMENTALES POR PARTE DEL MUNICIPIO CONTRATANTE DE LOS SERVICIOS DE PERSONA MAYOR

- Todas las evidencias descritas en el ítem "**EVIDENCIAS DEL EXPEDIENTE DEL MUNICIPIO"** deben estar disponibles para eventual revisión y/o visitas realizadas por parte de la supervisión de la Gobernación de Caldas y/o de los Entes de Control.
- Para dar cumplimiento a la obligación contractual del convenio, con referencia a los soportes administrativos y financieros de la ejecución de este que deben reposar en el Municipio, se debe tener en cuenta que estos deben cumplir con los requisitos legales de facturación, es el caso de la presentación de facturas por parte de personas naturales o jurídicas tales como facturación electrónica, en los casos que aplique.
- Es de obligatorio cumplimiento el diligenciamiento de los formatos adjuntos: DI-FO-09. "***Valoración médico nutricional programas centro vida o día y centro de protección social a la persona mayor***", DI-FO-10. "***Estudio socioeconómico programas Centro Vida o Día y Centro de Protección Social a la persona mayor***" y DI-FO-03." ***Valoración psicológica programas Centro Vida o Día y Centro de Protección Social a la persona mayor".*** Éstos deben reposar en el expediente de cada persona mayor del centro vida/día y de protección.
- Las actas veedurías ciudadanas deben reposar en el expediente del Convenio de Programa de Persona Mayor.
- Cualquier ajuste que se vaya a realizar a la Ficha Técnica del Programa de Persona Mayor presentada por el Municipio y registrada en la Gobernación de Caldas, deberá aprobada por los Ordenadores de Gasto y Supervisor del Departamento. Su evidencia documental es un modificatorio al convenio o resolución.

COPIA CONTROLADA

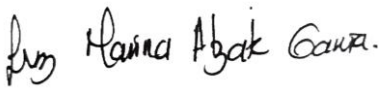
- Los recursos objeto del convenio o resolución deberán destinarse específicamente a lo planteado en la canasta básica de servicios mínimos a ofertar (Art. 6 Decreto 039 de 2018 y Ley 1276 de 2009 art. 3 y 5 para la atención de las personas mayores) y en el proyecto presentado por el Municipio y aprobado por el Departamento, cualquier bien o servicio adquirido por fuera de esta Canasta Básica, no podrá ser asumido con recursos de estampilla.
- Que todas las obligaciones del convenio o resolución son cumplidas según Ficha Técnica aprobada por planeación Departamental y Secretaria de Integración y Desarrollo Social
- Que todos los soportes contables cumplan con los requisitos reglamentados según la normatividad Colombia y la DIAN, resolución número 000042 del 5 de mayo del 2020., resolución 000167 del 30 de Diciembre del 2021 y Estatuto Tributario.

Este informe se firma en el municipio de Aranzazu - Caldas, el día 06 del mes de junio del año (2025).

Cordialmente,

FIRMA 

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL ALCALDE | Sebastián Merchán Zuluaga |

FIRMA 

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR MUNICIPIO | Luz Marina Alzate Garcia |