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 tendientes 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	MARQUETALIA					
INFORME No.	1					
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	**DÍA**	03	**MES**	07	**AÑO**	2025
PERIODO DEL INFORME CENTRO VIDA/DÍA	DEL 4 DE ABRIL DE 2025 HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2025					
PERIODO DEL INFORME CENTRO DE PROTECCIÓN	DEL 4 DE ABRIL DE 2025 HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2025					

1. INFORMACIÓN GENERAL:

DATOS	**DESCRIPCIÓN**			
No. CONVENIO/RESOLUCIÓN CON LA GOBERNACIÓN	03042025-0768 NÚMERO DE PROCESO CD-SIDS-739-2025			
OBJETO	AUNAR ESFUERZOS PARA LA DIGNIFICACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL MUNICIPIO DE MARQUETALIA DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS.			
VALOR TOTAL	$ 426.020.800			
VALOR APORTE DEPARTAMENTO	$ 400.000.000			
VALOR APORTE MUNICIPIO	$ 26.020.800			
DECRETO DE INCORPORACIÓN DE RECURSOS (Sólo para el primer informe o adiciones)	**No. DEL DECRETO**	**Acuerdo Municipal No. 037 de 2024**		
	FECHA	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
		04	12	2024
	No. DEL RUBRO DE INGRESO	1.1.01.02.300.01		
	DESCRIPCIÓN	Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor		
	VALOR	**$420.000.000**		
	No. DEL RUBRO DE EGRESO	2.3.2.02.02.009.41.04.008.03		
	DESCRIPCIÓN	N/A		
	VALOR	$400.000.000		

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**
	04	04	2025	01	12	2025
No. DE POBLACIÓN BENEFICIADA CENTRO VIDA/DÍA	**HOMBRE**	52	**MUJER**	28	**TOTAL**	80
No. DE POBLACIÓN BENEFICIADA CENTRO DE PROTECCIÓN	**HOMBRE**	22	**MUJER**	8	**TOTAL**	30

ASEGURAMIENTO EN SALUD	**CENTRO VIDA/DÍA**			
	GRUPO A: Pobreza Extrema (Desde A1 hasta A5)	20	**GRUPO B:** Pobreza Moderada (Desde B1 hasta B7)	42
	GRUPO C: Población Vulnerable (Desde C1 Hasta C18)	18	**GRUPO D:** Población no pobre no vulnerable (Desde D1 Hasta D21)	0
	INDÍGENAS:	0	**NARP:**	0
	DESPLAZADOS:	0	**LISTADO CENSAL:**	80
	CENTRO DE PROTECCIÓN			
	GRUPO A: Pobreza Extrema (Desde A1 hasta A5)	20	**GRUPO B:** Pobreza Moderada (Desde B1 hasta B7)	6
	GRUPO C:	4	**GRUPO D:**	0

COPIA CONTROLADA

	Población Vulnerable (Desde C1 Hasta C18)		Población no pobre no vulnerable (Desde D1 Hasta D21)	
	INDÍGENAS:	0	**NARP:**	0
	DESPLAZADOS:	0	**LISTADO CENSAL:**	30
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	FUNDACIÓN MEGA VIDA		
	NIT	901356606-1		
	TIPO DE ORGANIZACIÓN	PRIVADA		
	DIRECCIÓN	CL 69 10 40, MANIZALES CALDAS		
	ZONA (URBANA O RURAL)	ZONA URBANA		
	SEDE (PROPIA, ARRIENDO, COMODATO O PRESTAMO)	PROPIA		
	REPRESENTANTE LEGAL	JHONATHAN MERCHÁN VALENCIA		
	CÉDULA DE CIUDADANÍA	1053780401		
	TELÉFONO	3015216985		
	OBSERVACIÓN	LA FUNDACIÓN MEGA VIDA ES QUIEN OPERA EL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO VIDA UBICADO EN MARQUETALIA CALDAS, DE PROPIEDAD DEL MISMO MUNICIPIO.		
	CENTRO DE PROTECCIÓN			
	RAZÓN SOCIAL	FUNDACIÓN CASA DE ANCIANOS ASILO EL PARAÍSO		

	NIT			900168399-1		
	TIPO DE ORGANIZACIÓN			PRIVADA		
	DIRECCIÓN			BARRIO SAN VICENTE		
	ZONA (URBANA O RURAL)			ZONA URBANA		
	SEDE (PROPIA, ARRIENDO, COMODATO O PRESTAMO)			PROPIA		
	REPRESENTANTE LEGAL			WILFRAN OYOLA GARCÍA		
	CÉDULA DE CIUDADANÍA			9.857.932		
	TELÉFONO			3102843406		
	OBSERVACIÓN			LA FUNDACIÓN MEGA VIDA ES QUIEN OPERA EL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE PROTECCIÓN UBICADO EN MARQUETALIA CALDAS, DE PROPIEDAD DE LA FUNDACIÓN CASA DE ANCIANOS ASILO EL PARAÍSO.		
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 No. 016		
	FECHA DE INICIO			**FECHA DE TERMINACIÓN**		
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	15	06	2024	15	06	2026
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**			FUNDACIÓN MEGA VIDA		
	No. CONVENIO/CONTRATO			CONVENIO DE ASOCIACIÓN 010 DE 2025		
	OBJETO			AUNAR ESFUERZOS PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES MANCOMUNADAS CONSISTENTES EN GARANTIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS MAYORES DEL MUNICIPIO DE MARQUETALIA, CONFORME A LO		

				ESTABLECIDO POR LA LEY 1276 DE 2009.		
	VALOR			$ 641.018.200		
	FECHA DE INICIO			**FECHA DE TERMINACIÓN**		
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	04	04	2025	01	12	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 CC.**	**TIPO DE CONTRATO Y No.**	**VALOR PAGO PERIODO/MES**	**No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO**	**VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL**
TECNÓLOGA EN TALENTO HUMANO	YULIETH PATRICIA LOPEZ MORALES- CC. 1.152.439.716	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.36	$ 2.300.000	33433457 (ABRIL)	$ 422.200
		TOTAL	$ 2.300.000		

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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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

En el marco del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, desde la coordinación se desarrollan actividades orientadas al acompañamiento técnico y operativo para el adecuado

funcionamiento del Centro Vida del municipio de Marquetalia. Entre las acciones principales, se destaca el seguimiento a la ejecución de las planeaciones realizadas por los talleristas, así como la orientación general en los procesos de intervención directa con los beneficiarios del programa.

Durante el periodo reportado, se realizó seguimiento al personal encargado de la manipulación de alimentos, verificando las condiciones de salubridad, así como el estado y la disponibilidad de los recipientes utilizados para el almacenamiento y distribución de alimentos en el centro. Esta labor busca garantizar el cumplimiento de las normas higiénico-sanitarias requeridas.

Asimismo, se llevó a cabo la actualización permanente de la base de datos de los usuarios, con el propósito de asegurar la cobertura de atención, identificar novedades y realizar seguimiento individual a casos específicos. Entre las gestiones destacadas se encuentran el acompañamiento en la afiliación al Sisbén, el monitoreo del estado de salud y la verificación de esquemas de vacunación.

Desde la coordinación también se brinda capacitación y acompañamiento al talento humano contratado, orientándolos en la elaboración de informes, ejecución de actividades y cumplimiento de metas establecidas, con el fin de garantizar la calidad en la atención integral a las personas mayores.

Adicionalmente, se apoya la gestión administrativa general del programa, se consolidan los informes periódicos requeridos y se atienden las actividades que sean asignadas por las entidades competentes. Las labores adelantadas desde la coordinación se desarrollan de forma permanente, teniendo en cuenta que el programa implica entregas mensuales de requerimientos e información de seguimiento.

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

2.2. ALIMENTACIÓN - RACIONES PREPARADAS

- **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: _X_**
- **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				
			04	04	2025	1	80	$ 1.280.000	$ 1.280.000
07	04	2025	11	04	2025	5	80	$ 1.280.000	$ 6.400.000
14	04	2025	18	04	2025	3	80	$ 1.280.000	$ 3.840.000
21	04	2025	25	04	2025	5	80	$ 1.280.000	$ 6.400.000
28	04	2025	30	04	2025	3	80	$ 1.280.000	$ 3.840.000
								VALOR TOTAL	$ 24.320.000

SOPORTES FINANCIEROS					
FECHA DE LA FACTURA			No. FACTURA ELECTRÓNICA	PROVEEDOR	VALOR TOTAL
DIA	MES	AÑO			
18	06	2025	FMV 39	FUNDACIÓN MEGA VIDA	$ 33.070.000
				VALOR TOTAL	$ 33.070.000

- **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: X__**
- **REFRIGERIO DE LA MAÑANA: X__**
- **ALMUERZO: X__**
- **REFRIGERIO DE LA TARDE: X__**
- **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				
04	04	2025	06	04	2025	3	30	$ 750.000	$ 2.250.000

LISTADOS DE ALIMENTACIÓN (SEMANA)						TOTAL DÍAS	TOTAL PERSONAS BENEFICIARIOS	COSTO UNITARIO (DÍA)	COSTO TOTAL
FECHA INICIAL			FECHA FINAL						
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO				
07	04	2025	13	04	2025	7	30	$ 750.000	$ 5.250.000
14	04	2025	20	04	2025	7	30	$ 750.000	$ 5.250.000
21	04	2025	27	04	2025	7	30	$ 750.000	$ 5.250.000
28	04	2025	30	04	2025	3	30	$ 750.000	$ 2.250.000
								VALOR TOTAL	$ 20.250.000

SOPORTES FINANCIEROS					
FECHA DE LA FACTURA			No. FACTURA ELECTRÓNICA	PROVEEDOR	VALOR TOTAL
DIA	MES	AÑO			
18	06	2025	FMV 39	FUNDACIÓN MEGA VIDA	$ 33.070.000
				VALOR TOTAL	$ 33.070.000

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. • Adjuntar en medio digital facturas electrónicas relacionadas.
EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN REPOSAR EN EL MUNICIPIO	• Listados de entrega de alimentación. • Facturas electrónicas. • Soporte de pago. • Registro fotográfico.

OBSERVACIONES			
FECHA			DESCRIPCIÓN
DIA	MES	AÑO	

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

- **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**			
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
				VALOR TOTAL	N/A

SOPORTES FINANCIEROS					
FECHA DE LA FACTURA			**No. FACTURA ELECTRÓNICA**	**PROVEEDOR**	**VALOR TOTAL**
DIA	**MES**	**AÑO**			
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
				VALOR TOTAL	N/A

- **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**			
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
				VALOR TOTAL	N/A

SOPORTES FINANCIEROS					
FECHA DE LA FACTURA			**No. FACTURA ELECTRÓNICA**	**PROVEEDOR**	**VALOR TOTAL**
DIA	**MES**	**AÑO**			
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
				VALOR TOTAL	N/A

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. • Adjuntar en medio digital facturas electrónicas relacionadas.
EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN REPOSAR EN EL MUNICIPIO	• Listados de entrega de alimentación. • Facturas electrónicas. • 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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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: • Contratos del personal. • Cédula de Ciudadanía. • RUT (actualizado). • Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar. • Planilla de pago a seguridad social. • Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica). • Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas.

2.5. ALIMENTACIÓN - MANIPULADOR DE ALIMENTOS

Diligenciar la siguiente información:

COPIA CONTROLADA

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**
NINGUNA	JENNY LORENA GOMEZ MARTINEZ- CC. 30.406.462	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 30	$ 1.600.000	33517197 (ABRIL)	$ 424.100
		TOTAL	$ 1.600.000		

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**
NINGUNA	PAULA ANDREA OSORIO SALAZAR- CC. 30.406.508	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 31	$ 1.600.000	4598923403 (ABRIL)	$ 421.400
		TOTAL	$ 1.600.000		

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

Brindar apoyo en el proceso de recepción de los mercados destinados al Centro Vida y al Centro de Protección, verificando que las cantidades entregadas correspondan a las solicitadas y que los productos se encuentren en óptimas condiciones de calidad e higiene. Colaborar en la preparación y adecuada administración de los alimentos, siguiendo los lineamientos de la minuta alimentaria establecida para los beneficiarios, garantizando siempre prácticas higiénicas en la manipulación y cocción.

Apoyar de manera permanente el mantenimiento de la limpieza en la cocina, incluyendo neveras, enfriadores y la alacena, asegurando condiciones sanitarias apropiadas para la conservación de los alimentos. Ejecutar labores de lavado, desinfección e higienización de la vajilla, cubiertos, ollas, vasos y demás utensilios empleados en la preparación y distribución de los alimentos.

Así mismo, se debe colaborar con el cuidado y conservación de las instalaciones físicas del Centro Vida y del Centro de Protección, así como del mobiliario, utensilios y demás materiales a disposición, durante el desarrollo de las jornadas de atención a los adultos mayores beneficiarios del programa.Una (01) vez a la semana participar del aseo general a la cocina, en el cual se incluya aseo a estufa, enfriador, nevera, lacena, pisos y paredes.

Apoyar el proceso de servida oportuna de los alimentos (almuerzos y refrigerios) a los adultos mayores beneficiarios del programa CENTRO VIDA Y PARA EL CENTRO DE PROTECCIÓN.

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO	En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias: • Contratos del personal. • Cédula de Ciudadanía. • RUT (actualizado). • Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar. • Planilla de pago a seguridad social. • Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica). • 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**
NINGUNA	BIBIANA HELENA GALLEGO MARIN- CC. 30.407.848	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 32	$ 1.500.000	4597541248 (ABRIL)	$ 420.700
		TOTAL	$ 1.500.000		

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**
NINGUNA	MARISOL CASTRO ARISTIZABAL- CC. 1.075.599.975	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 34	$ 1.500.000	4599268786 (ABRIL)	$ 420.700
NINGUNA	YOLANDA GARCIA CASTAÑO- CC. 1.061.047.861	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 33	$ 1.500.000	4601147587 (ABRIL)	$ 420.700

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	$ 1.500.000		

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

Realizar las labores de aseo diario requeridas en las instalaciones del Centro de Bienestar “Asilo El Paraíso” y del Centro Vida, mediante la ejecución de tareas orientadas a mantener condiciones óptimas de limpieza e higiene. Estas incluyen: barrido, trapeado y brillado de pisos en general (especialmente en áreas comunes), limpieza de habitaciones, vaciado permanente de papeleras en baños y patios, así como la recolección y traslado adecuado de basuras y residuos sólidos hasta su disposición final en el vehículo de recolección de la empresa SERVIORIENTE.

De manera complementaria, se realiza el mantenimiento constante de puertas exteriores, divisiones internas, guarda escobas, accesos a habitaciones y entradas principales. Igualmente, se lleva a cabo la limpieza periódica de paredes, lavado de pisos y zonas comunes, así como la limpieza de vidrios (internos y externos) y fachadas.

El personal también debe encargarse del aseo en bodegas, terrazas, zonas duras y en las instalaciones de la capilla. Adicionalmente, realiza funciones de lavandería, incluyendo el lavado y secado de prendas de uso personal, ropa de cama, cobijas, cortinas y demás elementos textiles requeridos para la adecuada atención de las personas mayores.

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

2.7. ALIMENTACIÓN - AUXILIAR DE LOGÍSTICA

Diligenciar la siguiente información:

COPIA CONTROLADA

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**
NINGUNA	YULLY PAOLA ALVAREZ GIRALDO- CC. 1.024.562.653	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 33	$ 1.700.000	4599409983 (ABRIL)	$ 283.100
		TOTAL	$ 1.700.000		

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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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

El auxiliar logístico en el Centro Vida cumple un rol fundamental en el desarrollo operativo y asistencial del programa. Su principal función consiste en apoyar la entrega domiciliaria de raciones preparadas a las personas mayores que, debido a su condición de salud, dependencia funcional o movilidad reducida, no pueden asistir de manera permanente al centro. Para ello, coordina rutas de entrega, garantiza el transporte seguro de los alimentos y asegura que cada beneficiario reciba su ración de manera oportuna y en condiciones óptimas de higiene.

Además de esta labor, participa activamente en la organización y ejecución de actividades internas del Centro Vida, brindando apoyo con el personal interdisciplinario en la disposición de espacios, atención básica a los beneficiarios y gestión de insumos. Su compromiso contribuye directamente al funcionamiento integral del programa y al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores atendidos.

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

COPIA CONTROLADA

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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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: • Contratos del personal. • Cédula de Ciudadanía. • RUT (actualizado). • Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar. • Planilla de pago a seguridad social. • Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica). • Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas.

2.9. ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL – PSICÓLOGO

Diligenciar la siguiente información:

COPIA CONTROLADA

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**
PSICÓLOGA	YENIFER GIRALDO GIRALDO- CC. 1.055.918.295	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 39	$ 2.200.000	4602123096 (ABRIL)	$ 413.300
		TOTAL	$ 2.200.000		

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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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

Desde el componente psicosocial se viene desarrollando el Estudio Socioeconómico de los beneficiarios de los programas Centro Vida y Centro de Protección Social al Adulto Mayor, mediante la aplicación del formato determinado por la Gobernación para ello. A partir de este proceso se ha logrado identificar las necesidades prioritarias de intervención y fortalecer las redes de apoyo familiares y comunitarias.

Paralelamente, se lleva a cabo la valoración psicológica de los beneficiarios del Programa de Atención Integral a las Personas Mayores, con el fin de identificar alteraciones emocionales, niveles de funcionalidad y factores de riesgo psicosocial. Estos insumos permiten diseñar estrategias de intervención adaptadas a las características individuales de cada usuario.

La atención psicosocial se enfoca en fortalecer las dinámicas grupales, familiares y sociales, evaluando los factores que inciden negativamente en su calidad de vida y promoviendo acciones que favorezcan su bienestar integral. Estas acciones permiten fomentar la participación activa, el sentido de pertenencia y la transformación positiva de su entorno, reflejando un compromiso técnico que trasciende la ayuda asistencial y promueve procesos sostenibles a largo plazo.

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

	• Planilla de pago a seguridad social. • Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica). • 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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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: • Contratos del personal. • Cédula de Ciudadanía. • RUT (actualizado). • Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar. • Planilla de pago a seguridad social. • Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica). • Soporte de pago del periodo informado debidamente firmado o nominas bancarizadas.

COPIA CONTROLADA

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	CHARITH TATIANA RAMIREZ ZULUAGA- CC. 1.002.596.363	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 29	$ 1.800.000	7971094472 (ABRIL)	$ 420.700
		TOTAL	$ 1.800.000		

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**
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	DALILA MAZO SALDARRIAGA - CC.30.407.291	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 25	$ 1.800.000	4599088060 (ABRIL)	$ 442.900
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	JOHANA ANDREA GOMEZ OSPINA- CC. 30.407.819	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 26	$ 1.800.000	4603171256 (ABRIL)	$ 442.100
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	LORENA OCAMPO QUINTERO- CC.1.055.916.658	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 27	$ 1.800.000	4595821294 (ABRIL)	$ 441.700
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	CLAUDIA MARCELA DIAZ GAVIRIA- CC. 1.055.917.300	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 28	$ 1.800.000	8635081495 (ABRIL)	$ 440.500
		TOTAL	$ 7.200.000		

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

Desde el componente de salud, específicamente en los servicios de enfermería, durante el periodo informado se contó con un equipo conformado por seis profesionales: dos asignadas al Centro Vida y cuatro al Centro de Protección. Este personal ejecutó diversas actividades orientadas al bienestar integral de las personas mayores.

Entre las principales funciones se destacan: brindar cuidados individualizados y de calidad, fomentar estilos de vida saludables, realizar el control periódico de signos vitales, entregar y administrar medicamentos según prescripción médica, y gestionar citas y fórmulas médicas. Asimismo, se brindó acompañamiento a los usuarios del Asilo El Paraíso durante sus atenciones médicas externas. Se efectuaron entregas organizadas de turnos de enfermería, incluyendo reportes de evolución, control de medicamentos y rondas por habitaciones.

Además, se elaboraron notas de evolución en los casos de enfermedad, se apoyaron acciones de higiene personal, cuidados a personas en condición de cama y elaboración de planes de cuidado en el hogar conforme a indicaciones del equipo médico. También se promovieron actividades lúdicas, recreativas y religiosas ajustadas a las capacidades funcionales de la población, a partir de la valoración inicial realizada con formatos de la Gobernación de Caldas.

Desde el Centro Vida, se enfocaron esfuerzos en promover cambios de comportamiento saludable, explicando la relación entre factores de riesgo y bienestar. Se evaluaron condiciones de salud, se realizaron recomendaciones individualizadas y se remitieron usuarios al hospital local según su edad y necesidad. Se verificó la afiliación al régimen subsidiado y el registro en la base de datos del SISBEN, gestionando con la Secretaría Local de Salud los casos con inconsistencias.

Se garantizó la reclamación oportuna de medicamentos, aplicando la metodología de los cinco correctos. Además, se gestionaron citas de primer y segundo nivel y se realizó acompañamiento personalizado a quienes carecen de red de apoyo. Todas las actividades fueron registradas adecuadamente en los formatos oficiales establecidos por los entes competentes.

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO	En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias: • Contratos del personal. • Cédula de Ciudadanía. • RUT (actualizado). • Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar. • Planilla de pago a seguridad social. • Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica). • 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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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: • Contratos del personal. • Cédula de Ciudadanía. • RUT (actualizado). • Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar. • Planilla de pago a seguridad social. • Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica). • 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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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: • Contratos del personal. • Cédula de Ciudadanía. • RUT (actualizado). • Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar. • Planilla de pago a seguridad social. • Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica). • 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**):

COPIA CONTROLADA

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN REPOSAR EN EL MUNICIPIO	En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias: • Soportes técnicos. • Facturas electrónicas. • Soportes de pago. • 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**
LICENCIADA EN EDUCACIÓN BÁSICA CON ÉNFASIS EN INGLÉS	MARICELA GARCÍA FIGUEREDO- CC. 1.055.917.392	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 38	$ 1.800.000	33002909 (ABRIL)	$ 424.100,00
		TOTAL	$ 1.800.000		

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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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

En el marco del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor en el Centro Vida, el tallerista de actividades artísticas, manuales y productivas —profesional en el área de la docencia— desarrolla un ejercicio pedagógico orientado a promover el bienestar integral de las personas mayores, mediante espacios que estimulan sus capacidades cognitivas, motrices, creativas y emocionales.

Dentro de sus funciones se encuentra la planeación y ejecución de talleres de elaboración de artesanías y manualidades utilizando diversos materiales, así como la enseñanza de técnicas de bordado, el fomento de actividades de entretenimiento y concentración, y el desarrollo de manualidades que estimulen la motricidad fina. Igualmente, lidera procesos de formación en

prácticas productivas como el mantenimiento y aprovechamiento de huertas caseras, promoviendo la autonomía y el autoabastecimiento.

En el componente cultural, orienta talleres de expresión artística y folclórica, ciclos de cine, actividades de fortalecimiento espiritual y encuentros para la recuperación de la memoria histórica del municipio, integrando elementos visuales, narrativos y experienciales. Todo este ejercicio se realiza desde una perspectiva educativa, adaptada a las condiciones y potencialidades de los adultos mayores, fortaleciendo así su autoestima, sentido de pertenencia y participación activa.

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICPIO	En el expediente del municipio deben reposar las siguientes evidencias: • Contratos del personal. • Cédula de Ciudadanía. • RUT (actualizado). • Informe de actividades de cada contratista, incluyendo registros fotográficos y demás soportes a que hubiere lugar. • Planilla de pago a seguridad social. • Cuenta de cobro o Factura Electrónica (si aplica). • 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**						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
							VALOR TOTAL	N/A

CENTRO DE PROTECCIÓN								
SOPORTES FINANCIEROS								
FECHA DE LA FACTURA			**No. FACTURA ELECTRÓNICA**	**PROVEEDOR**	**DESCRIPCIÓN ELEMENTOS**	**CANTIDAD**	**COSTO UNITARIO**	**COSTO TOTAL**
DIA	**MES**	**AÑO**						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
							VALOR TOTAL	N/A

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. • Adjuntar en medio digital acta de entrega de materiales, debidamente firmada por el coordinador del centro. • 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: • Listados de entrega a los beneficiarios. • Acta de entrega debidamente firmada por el coordinador del centro. • Facturas electrónicas. • Soportes de pago. • 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**
TÉNICO EN GESTIÓN EMPRESARIAL Y DE NEGOCIOS	MARLADY CASTRILLON AGUIRRE- CC. 24.758.598	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 35	$ 1.800.000	33005606 (ABRIL)	$ 420.700
		TOTAL	$ 1.800.000		

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**
N/A	N/A	N/A	0	0	0
		TOTAL	0		

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

El educador físico en el Centro de Atención Integral al Adulto Mayor desempeña un papel fundamental en la promoción del bienestar físico, funcional y emocional de las personas mayores a través de la planificación y ejecución de actividades deportivas, recreativas y de estimulación corporal.

Dentro de sus funciones se incluye la implementación de rutinas de gimnasia rítmica dirigida, ejercicios de fortalecimiento muscular y del equilibrio, actividades de coordinación motora, ejercicios de movilidad articular, elongación y relajación muscular. Así mismo, promueve juegos lúdicos y de mesa que estimulan la memoria, la concentración y la interacción social, favoreciendo el mantenimiento de las habilidades cognitivas y relacionales.

De manera articulada con la profesional en fisioterapia, brinda orientación constante a los beneficiarios y cuidadores sobre técnicas de movilización, posturas adecuadas, ejercicios funcionales adaptados y hábitos saludables que pueden ser aplicados en casa para conservar la autonomía y prevenir el deterioro físico. Además, realiza valoraciones físicas básicas que permiten identificar limitaciones, registrar avances y diseñar estrategias personalizadas de intervención física.

El educador físico también lidera actividades recreativas al aire libre, caminatas terapéuticas, jornadas de integración y eventos de recreación que fortalecen el sentido de pertenencia, la autoestima y la calidad de vida de los adultos mayores, fomentando su participación activa en un entorno protector y estimulante.

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

COPIA CONTROLADA

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**						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
							VALOR TOTAL	N/A

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

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. • 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: • Listados de asistencia de los beneficiarios. • Facturas electrónicas. • Soportes de pago. • Registro fotográfico.

COPIA CONTROLADA

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**						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
							VALOR TOTAL	N/A

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

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. • 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: • Listados de asistencia de los beneficiarios. • Facturas electrónicas. • Soportes de pago. • 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: • Listados de asistencia de los beneficiarios. • Facturas electrónicas. • Soportes de pago. • 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**					
09	05	2025	496	FASTNETWORK S.A.S	ABRIL	80	$ 55.000
						VALOR TOTAL	$ 55.000

CENTRO DE PROTECCIÓN							
SOPORTES FINANCIEROS							
FECHA DE LA FACTURA			**No. FACTURA ELECTRÓNICA**	**OPERADOR**	**PERIODO/MES PAGO**	**BENEFICIARIOS**	**COSTO TOTAL**
DIA	**MES**	**AÑO**					
22	04	2025	563	FASTNETWORK S.A.S	ABRIL	30	$ 55.000

VALOR TOTAL	$ 55.000

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: • Contrato con el operador. • Facturas electrónicas. • 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**							
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
								VALOR TOTAL	N/A

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**							
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
								VALOR TOTAL	N/A

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. • 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: • La póliza de seguro exequial contratada, con la relación de los beneficiarios, para centro vida/día y centro de protección. • Facturas electrónicas. • 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**						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
							VALOR TOTAL	N/A

CENTRO DE PROTECCIÓN								
SOPORTES FINANCIEROS								
FECHA DE LA FACTURA			**No. FACTURA ELECTRÓNICA**	**PROVEEDOR**	**DESCRIPCIÓN ELEMENTOS**	**CANTIDAD**	**COSTO UNITARIO**	**COSTO TOTAL**
DIA	**MES**	**AÑO**						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
							VALOR TOTAL	N/A

EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA	• 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.

COPIA CONTROLADA

GOBERNACIÓN DE CALDAS	• Adjuntar en medio digital acta de entrega de dotación, debidamente firmada por el coordinador del centro. • 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: • Listados de entrega a los beneficiarios. • Acta de entrega debidamente firmada por el coordinador del centro. • Facturas electrónicas. • Soportes de pago. • 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**	
30	04	2025	1. ANTECEDENTES Y CONDICIÓN AL INGRESO Don Alonzo ingresó al programa Centro Vida Día en el año 2025, Ingresó por voluntad propia después de recomendaciones diagnosticado con depresión severa y trastornos de ansiedad, antecedentes que incluían intentos de suicidio recientes. En ese momento, su estado emocional era de profundo aislamiento y tristeza. Presentaba un comportamiento reservado, con escasa interacción social, evitando el contacto con sus compañeros, y mostrando bajo interés por participar en actividades grupales o recreativas. Desde el punto de vista nutricional, se encontraba con bajo peso y según valoraciones realizadas por el equipo interdisciplinario. Su estado físico era frágil, con niveles bajos de energía y motivación para realizar actividades diarias. 2. PROCESO DE EVOLUCIÓN A lo largo de su permanencia en el Centro Vida Día, Don Alonso ha demostrado un proceso de transformación integral, reflejado en las siguientes dimensiones: Área emocional y psicoafectiva La intervención psicosocial continua, junto con la participación en espacios terapéuticos, ha permitido que Don Alonso exprese sus emociones de manera más abierta y saludable. Su percepción sobre la vida ha cambiado notablemente; actualmente manifiesta una actitud más positiva, reconoce el valor de su existencia y expresa gratitud hacia el acompañamiento recibido. Ha superado pensamientos suicidas y muestra un mayor autocuidado y esperanza frente al futuro.

COPIA CONTROLADA

			Área social En contraste con su aislamiento inicial, hoy se integra activamente con sus compañeros, participa en conversaciones, dinámicas grupales, y genera vínculos de amistad. Se ha convertido en un participante recurrente de actividades recreativas, talleres, y celebraciones institucionales. Es reconocido por sus pares por su amabilidad y disposición. Área física y funcional Su estado físico ha mejorado considerablemente. Se observa mayor energía y disposición para movilizarse, realizar actividades físicas adaptadas y mantener una rutina estable. Este cambio ha sido fundamental para su bienestar general y para prevenir deterioros funcionales asociados al envejecimiento. Área nutricional Gracias a la alimentación balanceada proporcionada en el Centro y a la educación en hábitos alimentarios saludables, Don Alonso ha logrado aumentar de peso de manera progresiva y saludable, alcanzando parámetros adecuados para su edad. Su estado nutricional ha sido estabilizado, lo que ha contribuido directamente a su recuperación emocional y funcional. 3. CONCLUSIÓN El caso de Don Alonso evidencia el impacto positivo de una atención integral centrada en el adulto mayor. Su evolución refleja cómo el acompañamiento profesional, el entorno protector y la inclusión social pueden revertir situaciones de riesgo emocional y fortalecer la calidad de vida en esta etapa vital. Don Alonzo es hoy un ejemplo de superación, resiliencia y reaprendizaje del valor de la vida.

EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS	• Soportes de las experiencias exitosas. • 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.		
2. Certificado actualizado de la cuenta bancaria, exclusiva para los recursos del programa de personas mayores asignados por la Gobernación.		
3. Certificado de parafiscales del Municipio, firmado por el alcalde.		
4. Decreto de incorporación de recursos (primer informe y adiciones).		
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).		
6. Documentos soporte personería jurídica de los centros (primer informe).		
7. Acto de administrativo de conformación de la veeduría ciudadana vigente (primer informe) y presentar los informes de las veedurías (cada dos meses).		
8. Convenio/contrato del operador con el municipio (si aplica, para primer informe y adiciones).		
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.		
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.		
11. Materiales, dotación, otros:		

- 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. - 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.		
13. Póliza de seguro exequial, con la relación de los beneficiarios, para centro vida/día y centro de protección.		
14. Todas las facturas electrónicas relacionadas y factura del operador con descripción detallada de la ejecución de cada componente relacionado en el informe.		
15. Soportes de las experiencias exitosas.		
16. Certificación de novedades de personal de persona mayor.		
17. Registro fotográfico.		
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).		

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 Marquetalia, el día 7 del mes de julio del año (2025).

Cordialmente,

FIRMA

NOMBRE DEL ALCALDE	EDWIN JESÚS SÁNCHE ARISTIZÁBAL

FIRMA

NOMBRE DEL SUPERVISOR MUNICIPIO	ANA MARÍA URREA ARIAS