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

COPIA CONTROLADA

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	CHINCHINA					
INFORME No.	01					
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	**DÍA**	22	**MES**	9	**AÑO**	2025
PERIODO DEL INFORME CENTRO VIDA/DÍA	DEL 1 DE JUNIO AL 31 DE AGOSTO DE 2025					
PERIODO DEL INFORME CENTRO DE PROTECCIÓN	DEL 1 DE JUNIO AL 31 DE AGOSTO DE 2025					

1. INFORMACIÓN GENERAL:

DATOS	**DESCRIPCIÓN**			
No. CONVENIO/RESOLUCIÓN CON LA GOBERNACIÓN				
OBJETO	AUNAR ESFUERZOS PARA LA DIGNIFICACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL MUNICIPIO DE CHINCHINÁ DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS			
VALOR TOTAL	CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS MCTE $ 433.700.000			
VALOR APORTE DEPARTAMENTO	TRESCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS MCTE $ 350.000.000			
VALOR APORTE MUNICIPIO	OCHENTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS MCTE $83.700.000			
DECRETO DE INCORPORACIÓN DE RECURSOS (Sólo para el primer informe o adiciones)	**No. DEL DECRETO**	156		
	FECHA	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
		27	12	2024
	No. DEL RUBRO DE INGRESO	2.3.2.02.02.009.41.023.052		
	DESCRIPCIÓN	Garantizar la atención de los adultos mayores en el centro de bienestar del adulto mayor CBA, institucionalizados y centro dia		
	VALOR	$ 350.000.000		

COPIA CONTROLADA

	No. DEL RUBRO DE EGRESO			2.3.2.02.02.009.41.023.052		
	DESCRIPCIÓN			Garantizar la atención de los adultos mayores en el centro de bienestar del adulto mayor CBA, institucionalizados y centro dia		
	VALOR			$ 350.000.000		
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**
	01	06	2025	31	8	2025
No. DE POBLACIÓN BENEFICIADA CENTRO VIDA/DÍA	**HOMBRE**	73	**MUJER**	147	**TOTAL**	220
No. DE POBLACIÓN BENEFICIADA CENTRO DE PROTECCIÓN	**HOMBRE**	61	**MUJER**	27	**TOTAL**	88

ASEGURAMIENTO EN SALUD	**CENTRO VIDA/DÍA**			
	GRUPO A: Pobreza Extrema (Desde A1 hasta A5)	A1:2 A2:9 A3:12 A4:17 A5:17	**GRUPO B:** Pobreza Moderada (Desde B1 hasta B7)	B1: 22 B2: 19 B3: 12 B4: 19 B5: 11 B6: 13 B7: 11
	GRUPO C: Población Vulnerable (Desde C1 Hasta C18)	C1:6 C2:4 C3:4 C4:6 C5:2 C6:3 C7:4	**GRUPO D:** Población no pobre no vulnerable (Desde D1 Hasta D21)	D5:1 D10:1

COPIA CONTROLADA

		C8:3 C9:1 C10:2 C11:2 C12:2 C13:1 C14:2		
	INDÍGENAS:	0	**NARP:**	0
	DESPLAZADOS:	0	**LISTADO CENSAL:**	11 SIN SISBEN
	CENTRO DE PROTECCIÓN			
	GRUPO A: Pobreza Extrema (Desde A1 hasta A5)	A2:2 A3:4 A4:1 A5:4	**GRUPO B:** Pobreza Moderada (Desde B1 hasta B7)	B1:6 B2:7 B3:3 B4:3 B5:2 B6:1 B7:5
	GRUPO C: Población Vulnerable (Desde C1 Hasta C18)	C1:1 C2:1 C3:1 C12:1 C13:1	**GRUPO D:** Población no pobre no vulnerable (Desde D1 Hasta D21)	0
	INDÍGENAS:	0	**NARP:**	0
	DESPLAZADOS:	0	**LISTADO CENSAL:**	45 SIN SISBEN
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			

COPIA CONTROLADA

	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	CENTRO DE PROTECCION PARA EL ADULTO MAYOR
	NIT	N/A
	TIPO DE ORGANIZACIÓN	EMISION DE LICENCIA PARA EL FUNCIONAMIENTO
	DIRECCIÓN	CRA 16 N 8ª – 40 BARRIO VERDUM
	ZONA (URBANA O RURAL)	URBANA Y RURAL
	SEDE (PROPIA, ARRIENDO, COMODATO O PRESTAMO)	PROPIA DEL MUNICIPIO DE CHINCHINA
	REPRESENTANTE LEGAL	CARLOS ALBERTO RIVEROS
	CÉDULA DE CIUDADANÍA	75079846
	TELÉFONO	606 8402380
	OBSERVACIÓN	NO APLICA REPRESENTACION JURIDICA, RESOLUCION 462 DE 05 DE AGOSTO 2024
	CENTRO DE PROTECCIÓN	
	RAZÓN SOCIAL	CENTRO DE PROTECCION PARA EL ADULTO MAYOR CENTRO VIDA
	NIT	N/A
	TIPO DE ORGANIZACIÓN	EMISION DE LICENCIA PARA EL FUNCIONAMIENTO
	DIRECCIÓN	CRA 16 N 8ª – 40 BARRIO VERDUM
	ZONA (URBANA O RURAL)	URBANA
	SEDE (PROPIA, ARRIENDO, COMODATO O PRESTAMO)	PROPIA DEL MUNICIPIO DE CHINCHINA
	REPRESENTANTE LEGAL	CARLOS ALBERTO RIVEROS
	CÉDULA DE CIUDADANÍA	75079846
	TELÉFONO	606 8402380
	OBSERVACIÓN	NO APLICA REPRESENTACION JURIDICA RESOLUCION 524 DE 01 DE AGOSTO DE 2025
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**			RESOLUCION No 53		
	FECHA DE INICIO			**FECHA DE TERMINACIÓN**		
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	15	10	2024	15	10	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**			FUNDACION PARA LAS ALIANZS MIXTAS ACTIVAS		
	No. CONVENIO/CONTRATO			CONV-ASOC-001-2025 OTRO SI N° 1		
	OBJETO			AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR CBA INSTITUCIONALIZADOS Y CENTRO DIA DEL MUNICIPIO DE CHINCHINA		
	VALOR			MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS MCTE ($ 1.384.635.670) todos los impuestos, tasas, y demás erogaciones que determine la ley, determine la ley de los cuales el Municipio MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS PESOS MCTE ($ 1.258.759.700) y el aporte de la Fundación para las Alianzas Mixtas Activas será de CIENTO VEINTICINCO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS		

				SETENTA PESOS MCTE ($125.875.970)		
	FECHA DE INICIO			**FECHA DE TERMINACIÓN**		
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	26	01	2025	31	08	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**
N/A					
		TOTAL			

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					
		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: • Contrato 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: _X_**
- **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**				
03	06	2025	07	06	2025	5	112	$ 25.600	$ 14.336.000
09	06	2025	14	06	2025	6	112	$ 25.600	$ 17.203.200
16	06	2025	21	06	2025	6	112	$ 25.600	$ 17.203.200
24	06	2025	28	06	2025	5	112	$ 25.600	$ 14.336.000
01	07	2025	05	07	2025	5	112	$ 25.600	$ 14.336.000
07	07	2025	12	07	2025	6	112	$ 25.600	$ 17.203.200
14	07	2025	19	07	2025	6	112	$ 25.600	$ 17.203.200
21	07	2025	26	07	2025	6	112	$ 25.600	$ 17.203.200
28	07	2025	31	07	2025	4	112	$ 25.600	$ 11.468.800
01	08	2025	02	08	2025	2	112	$ 25.600	$ 5.734.400
04	08	2025	09	08	2025	6	112	$ 25.600	$ 17.203.200
11	08	2025	16	08	2025	6	112	$ 25.600	$ 17.203.200
18	08	2025	23	08	2025	6	112	$ 25.600	$ 17.203.200
25	08	2025	30	08	2025	6	112	$ 25.600	$ 17.203.200
								VALOR TOTAL	**$ 215.040.000**

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

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**				
01	06	2025	07	06	2025	07	86	1.083.600	$ 7.585.200
08	06	2025	14	06	2025	07	86	1.083.600	$ 7.585.200
15	06	2025	21	06	2025	07	86	1.083.600	$ 7.585.200
22	06	2025	28	06	2025	07	86	1.083.600	$ 7.585.200
29	06	2025	30	06	2025	02	86	1.083.600	$ 2.167.200
01	07	2025	06	07	2025	06	86	1.083.600	$ 5.418.000
07	07	2025	13	07	2025	07	86	1.083.600	$ 7.585.200
14	07	2025	20	07	2025	07	86	1.083.600	$ 7.585.200
21	07	2025	27	07	2025	07	86	1.083.600	$ 7.585.200
28	07	2025	31	07	2025	04	86	1.083.600	$ 4.334.400
01	08	2025	03	08	2025	03	86	1.083.600	$ 3.250.800
04	08	2025	10	08	2025	07	86	1.083.600	$ 7.585.200
11	08	2025	17	08	2025	07	86	1.083.600	$ 7.585.200
18	08	2025	24	08	2025	07	86	1.083.600	$ 7.585.200
25	08	2025	31	08	2025	07	86	1.083.600	$ 7.585.200
								VALOR TOTAL	$ 99.691.200

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**	

COPIA CONTROLADA

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			
				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			
01	06	2025	108	92.469,14	9.986.666,7
01	07	2025	108	92.469,14	9.986.666,7
01	08	2025	108	92.469,14	9.986.666,7
				VALOR TOTAL	29.960.000

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

COPIA CONTROLADA

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**
NUTRICIONISTA	JENNIFER BERRAZA	PRESTACION DE SERVICIO No 008	$1.769.600 / JUNIO	32253469	$ 440.500
NUTRICIONISTA	JENNIFER BERRAZA	PRESTACION DE SERVICIO No 008	$ 1.769.600 / JULIO	32213455	$ 440.500
NUTRICIONISTA	JENNIFER BERRAZA	PRESTACION DE SERVICIO No 008	$ 1.769.600 / AGOSTO	32173458	$ 440.500
			TOTAL	$ 5.308.800	

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**):

La minuta se encontraba diseñada, se verifico que cumpliera con las recomendaciones del ICBF para alimentación del adulto mayor en cuanto a calorías macro y micro nutrientes.

Se realizó valoración nutricional inicial de 20 adultos mayores correspondientes al programa centro vida y 30 valoraciones iniciales de residentes. Se elabora el formato historia clínica nutricional de valoraciones iniciales. Estas reposaran en cada carpeta del adulto mayor.

Se verifica que se esté cumpliendo con la limpieza y desinfección del servicio de alimentación y el cumplimiento de las BPM.

Se realiza acompañamiento constante a las veredas donde encontramos nuestros adultos mayores del programa de centro vida rural, cuando se les entrega su complemento alimentario se realiza seguimiento a nutrición de cada adulto

En este mes de agosto realizamos el mes del adulto mayor donde tuvimos mucho acompañamiento a los adultos adscritos al programa dado por la Alcaldía Municipal de Chinchiná, programa centro vida y día, programa de Larga Estancia.

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:

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					
		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**
N/A					
		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: • 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**
N/A					
			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**
N/A					
			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: • 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:

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					
			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**
N/A					
			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: • 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.

2.8. 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					

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**
N/A					
		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: • 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:

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					
		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**
N/A					
		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: • 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					
		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**
N/A					
		TOTAL			

COPIA CONTROLADA

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.

2.11. 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**
N/A					
			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**
N/A					
			TOTAL		

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

COPIA CONTROLADA

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					
		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**
N/A					
		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: • 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					
			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**
N/A					
			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: • 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**):

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**
N/A					
			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**
N/A					

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: • 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**						
							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. • 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**
N/A					
			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**
N/A					
			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: • 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.

2.18. 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. • Adjuntar en medio digital facturas electrónicas relacionadas.

COPIA CONTROLADA

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.

2.19. 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. • 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

2.20. 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**					
						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: • 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**							
								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. • 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**						
							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 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. • 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	

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	
27	07	2025	La Fundación AMA entrego KIT de regalo de papelería donde encontraron, temperas, lápiz, borrador, sacapuntas, colores, cuadernillo para pintar y cuadernillo para resolver, tijeras, colbon.

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

CONTRAPARTIDA

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 ADMINISTRATIVA	VIVIANA VALENCIA	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.500.000	87665430 JUNIO	$ 416.800
AUXILIAR ADMINISTRATIVA	VIVIANA VALENCIA	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.500.000	88517790 JULIO	$ 413.300
AUXILIAR ADMINISTRATIVA	VIVIANA VALENCIA	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.500.000	89304509 AGOSTO	$ 416.100
PSICOLOGA	LUISA FERNANDA GRANADOS GUTIERREZ	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	1073250645 JUNIO	$ 413.300
PSICOLOGA	LUISA FERNANDA GRANADOS GUTIERREZ	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	8810573385 JULIO	$ 413.300
PSICOLOGA	LUISA FERNANDA GRANADOS GUTIERREZ	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	1074649214 AGOSTO	$ 413.300
PSICOLOGA	CAROLINA CARVAJAL	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	1073452576 JUNIO	$ 413.300
PSICOLOGA	CAROLINA CARVAJAL	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	1074332775 JULIO	$ 413.300
PSICOLOGA	CAROLINA CARVAJAL	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	1074666832 AGOSTO	$ 413.300
EDUCADORA FISICA	LUZ ADRIANA OSORIO	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	78790184 JUNIO	$ 413.300
EDUCADORA FISICA	LUZ ADRIANA OSORIO	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	78790586 JULIO	$ 413.300
EDUCADORA FISICA	LUZ ADRIANA OSORIO	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	79925023 AGOSTO	$ 413.300
FISIOTERAPEUTA	MARIA LUCELLY GRANADA RODSRIGUEZ	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	7969810659 JUNIO	$ 413.300
FISIOTERAPEUTA	MARIA LUCELLY GRANADA RODSRIGUEZ	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	7976070490 JULIO	$ 413.300
FISIOTERAPEUTA	MARIA LUCELLY GRANADA RODSRIGUEZ	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	7983396709 AGOSTO	$ 413.300
TALLERISTA	MARTHA HERNANDEZ	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.500.000	77864369 JUNIO	$ 413.300
TALLERISTA	MARTHA HERNANDEZ	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.500.000	79013258 JULIO	$ 413.300
TALLERISTA	MARTHA HERNANDEZ	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.500.000	79745096 AGOSTO	$ 413.300

COPIA CONTROLADA

JEFE DE ENFERMERIA	MARIANA SALAZAR	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	8636303598	$ 418.700
JEFE DE ENFERMERIA	SANDRA MILENA GONZALEZ	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	82545073	$ 696.600
JEFE DE ENFERMERIA	ANGIE TATIANA BOLIVAR SOTO	PRESTACION DE SERVICIO	$ 2.600.000	9490285917	$ 440.500
AUX ENFERMERIA	LUZ IRENE OSORIO	CONTRATO DE OBRA Y LABOR	$ 2.475.000	78699961	$ 340.300
AUX ENFERMERIA	LUZ IRENE OSORIO	CONTRATO DE OBRA Y LABOR	$ 2.475.000	79615033	$ 340.300
AUX ENFERMERIA	LUZ IRENE OSORIO	CONTRATO DE OBRA Y LABOR	$ 2.475.000	79616348	$ 340.300
AUX ENFERMERIA	LORENA ALARCON	CONTRATO DE OBRA Y LABOR	$ 2.475.000	78699961	$ 340.300
AUX ENFERMERIA	LORENA ALARCON	CONTRATO DE OBRA Y LABOR	$ 2.475.000	79615033	$ 340.300
AUX ENFERMERIA	LORENA ALARCON	CONTRATO DE OBRA Y LABOR	$ 2.475.000	79616348	$ 340.300
MANIPULADORA	MARIA DANIELA HOYOS	CONTRATO DE OBRA Y LABOR	$ 2.475.000	78699961	$ 340.300
MANIPULADORA	MARIA DANIELA HOYOS	CONTRATO DE OBRA Y LABOR	$ 2.475.000	79615033	$ 340.300
MANIPULADORA	MARIA DANIELA HOYOS	CONTRATO DE OBRA Y LABOR	$ 2.475.000	79616348	$ 340.300
SERVICIO GENERALES	ANA LUCIA SALAZAR	CONTRATO DE OBRA Y LABOR	$ 2.475.000	78699961	$ 340.300
SERVICIO GENERALES	ANA LUCIA SALAZAR	CONTRATO DE OBRA Y LABOR	$ 2.475.000	79615033	$ 340.300
SERVICIO GENERALES	ANA LUCIA SALAZAR	CONTRATO DE OBRA Y LABOR	$ 2.475.000	79616348	$ 340.300
				VALOR TOTAL	**$ 83.700.000**

COPIA CONTROLADA

1.1. REGISTRO FOTOGRAFICO: Entrega de alimentación, entre otros





COPIA CONTROLADA







COPIA CONTROLADA









COPIA CONTROLADA









COPIA CONTROLADA







COPIA CONTROLADA









COPIA CONTROLADA

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

2. 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: - 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.		X
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

COPIA CONTROLADA

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.		
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	

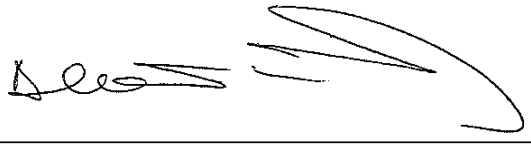
3. COMPROMISOS DOCUMENTALES POR PARTE DEL MUNICIPIO CONTRATANTE DE LOS SERVICIOS DE PERSONA MAYOR

- 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.
- 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.

COPIA CONTROLADA

Este informe se firma en el municipio de (Chinchiná), el día (06) del mes de (septiembre) del año (2025).

Cordialmente,



FIRMA

NOMBRE DEL ALCALDE	CARLOS ALBERTO RIVEROS LOPEZ



FIRMA

NOMBRE DEL SUPERVISOR MUNICIPIO	CLAUDIA TATIANA OSPINA