INFORME DE SUPERVISIÓN PROGRAMA PERSONA MAYOR

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

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

PROGRAMA DE PERSONAS MAYORES						
MUNICIPIO	SALAMINA					
INFORME No.	2					
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	**DÍA**	25	**MES**	06	**AÑO**	2026
PERIODO DEL INFORME CENTRO VIDA/DÍA	Abril 27 de 2026 al 31 de mayo de 2026					
PERIODO DEL INFORME CENTRO DE PROTECCIÓN	Abril 27 de 2026 al 31 de mayo de 2026					

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 Salamina en el Departamento de Caldas					
VALOR TOTAL	$810.000.000					
VALOR APORTE DEPARTAMENTO	$ 230.880.000					
VALOR APORTE MUNICIPIO	$ 579.120.000					
DECRETO DE INCORPORACIÓN DE RECURSOS (Sólo para el primer informe o adiciones)	**No. DEL DECRETO**					
	FECHA		**DÍA**	**MES**	**AÑO**	
					2025	
	No. DEL RUBRO DE INGRESO	2.2.3.2.02.02.009.3.06.14.04.02				
	DESCRIPCIÓN	Atención adulto mayor del orden departamental				
	VALOR	$34.666.660				
	No. DEL RUBRO DE EGRESO	2.2.3.2.02.02.009.3.06.14.04.02				
	DESCRIPCIÓN	Atención adulto mayor del orden departamental				
	VALOR	$34.666.660				
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**
	1	12	2025	31	12	2025
No. DE POBLACIÓN BENEFICIADA CENTRO VIDA/DÍA	**HOMBRE**	100	**MUJER**	82	**TOTAL**	182
No. DE POBLACIÓN BENEFICIADA CENTRO DE PROTECCIÓN	**HOMBRE**	10	**MUJER**	16	**TOTAL**	26
ASEGURAMIENTO EN SALUD	**CENTRO VIDA/DÍA**					
	GRUPO A:	50		**GRUPO B:**	88	

	Pobreza Extrema (Desde A1 hasta A5)		Pobreza Moderada (Desde B1 hasta B7)	
	GRUPO C: Población Vulnerable (Desde C1 Hasta C18)	42	**GRUPO D:** Población no pobre no vulnerable (Desde D1 Hasta D21)	0
	INDÍGENAS:	0	**NARP:**	0
	DESPLAZADOS:	0	**LISTADO CENSAL:**	1
	CENTRO DE PROTECCIÓN			
	GRUPO A: Pobreza Extrema (Desde A1 hasta A5)	9	**GRUPO B:** Pobreza Moderada (Desde B1 hasta B7)	7
	GRUPO C: Población Vulnerable (Desde C1 Hasta C18)	5	**GRUPO D:** Población no pobre no vulnerable (Desde D1 Hasta D21)	
	INDÍGENAS:		**NARP:**	
	DESPLAZADOS:		**LISTADO CENSAL:**	4
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			
	NIT			
	TIPO DE ORGANIZACIÓN			
	DIRECCIÓN			
	ZONA (URBANA O RURAL)			
	SEDE (PROPIA, ARRIENDO, COMODATO O PRESTAMO)			
	REPRESENTANTE LEGAL			
	CÉDULA DE CIUDADANÍA			
	TELÉFONO			
	OBSERVACIÓN			

	CENTRO DE PROTECCIÓN					
	RAZÓN SOCIAL	FUNDACIÓN AMIGOS POR SAN FÉLIX				
	NIT	810000954-1				
	TIPO DE ORGANIZACIÓN	ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO				
	DIRECCIÓN	SAN FELIX				
	ZONA (URBANA O RURAL)	RURAL				
	SEDE (PROPIA, ARRIENDO, COMODATO O PRESTAMO)	PROPIA				
	REPRESENTANTE LEGAL	JHON ALEJANDRO QUINTERO LONDOÑO				
	CÉDULA DE CIUDADANÍA	15.961.940				
	TELÉFONO	3217762988				
	OBSERVACIÓN					
	RAZÓN SOCIAL	FUNDACIÓN HOGAR NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES				
	NIT	900239838-7				
	TIPO DE ORGANIZACIÓN	ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO				
	DIRECCIÓN	SALAMINA				
	ZONA (URBANA O RURAL)	URBANA				
	SEDE (PROPIA, ARRIENDO, COMODATO O PRÉSTAMO)	PROPIA				
	REPRESENTANTE LEGAL	JAIR BALLESTEROS				
	CÉDULA DE CIUDADANÍA	15.956.932				
	TELÉFONO	3148866661				
	OBSERVACIÓN					
EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS	Adjuntar en medio digital certificado de cámara de comercio y/o documentos soporte.					
CONFORMACIÓN DE VEEDURÍA CIUDADANA DEL PROGRAMA PERSONA MAYOR	**No. ACTO ADMINISTRATIVO**			Resolución 043 -2025		
	FECHA DE INICIO			**FECHA DE TERMINACIÓN**		
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	14	08	2025	13	08	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**			ASOCIACIÓN REDES DE SOLIDARIDAD		
	No. CONVENIO/CONTRATO			CONVENIO N° 006 DE 2025		
	OBJETO			CONVENIO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL		

				PROGRAMA CENTRO VIDA Y EL FORTALECIMIENTO DE LOS CENTROS DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE SALAMINA Y CORREGIMIENTO DE SAN FELIX		
	VALOR			$441.458.300		
	FECHA DE INICIO			**FECHA DE TERMINACIÓN**		
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	27	04	2026	31	05	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					
PROFESIÓN	**NOMBRE Y C.C.**	**TIPO DE CONTRATO Y No.**	**VALOR PAGO PERIODO/MES**	**No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO**	**VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL**
TOTAL					

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

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

Durante el mes de junio se garantiza la operatividad del programa mediante las siguientes actividades:
Actualización de la documentación de las personas mayores y focalización de las personas relacionadas en la base de datos entregada por la alcaldía.
Dirigir, supervisar, planear las actividades de atención a las personas mayores, mediante las reuniones de equipo.
Promover el buen trato de las personas mayores y fomentar el sentimiento de seguridad y cuidado.
Durante el mes de julio se realizan actividades de organización de cronogramas y actividades a desarrollar durante el mes con las personas mayores.
Se revisan y cargan los informes de personal.
Se reciben y hace seguimiento a los suministros de aseo y alimentación garantizado la operatividad y el servicio a las personas mayores de los centros.
En el mes de agosto, se realizan actividades y acciones para la atención oportuna de las personas mayores, entre las cuales esta:
Organización de las carpetas por beneficiario con las respectivas valoraciones en físico.
Organizar el cronograma de actividades y apoyos que corresponden a la prestación del servicio de atención a las personas mayores.
Se reciben los suministros y elementos de alimentación y aseo garantizando que se cuente de manera semanal con lo que se requiere para la atención de las personas mayores.

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICIPIO	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 nóminas 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: __**
- **ALMUERZO: X__**
- **REFRIGERIO DE LA TARDE: _X_**

COPIA CONTROLADA

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				
27	04	2026	03	05	2026	7	182	2.696.295	18.874.068
04	05	2026	10	05	2026	7	182	2.696.295	18.874.068
11	05	2026	17	05	2026	7	182	2.696.295	18.874.068
18	05	2026	24	05	2026	7	182	2.696.295	18.874.068
25	05	2026	31	05	2026	7	182	2.696.295	18.874.068
								VALOR TOTAL	94.370.340

TOTAL, DIAS DE ALIMETACIÓN 34

SOPORTES FINANCIEROS					
FECHA DE LA FACTURA			No. FACTURA ELECTRÓNICA	PROVEEDOR	VALOR TOTAL
DIA	MES	AÑO			
23	06	2026	FE582	REDES DE SOLIDARIDAD	138.167.169,70
				VALOR TOTAL	138.167.169,70

- **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: __**
- **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				
27	04	2026	03	05	2026	7	26	580.138	4.060.966
04	05	2026	10	05	2026	7	26	580.138	4.060.966
11	05	2026	17	05	2026	7	26	580.138	4.060.966

LISTADOS DE ALIMENTACIÓN (SEMANA)						TOTAL DÍAS	TOTAL PERSONAS BENEFICIARIOS	COSTO UNITARIO (DÍA)	COSTO TOTAL
FECHA INICIAL			FECHA FINAL						
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO				
18	05	2026	24	05	2026	7	26	580.138	4.060.966
25	05	2026	31	05	2026	7	26	580.138	4.060.966
								VALOR TOTAL	20.304.830

TOTAL, DIAS DE ALIMETACIÓN 35

SOPORTES FINANCIEROS					
FECHA DE LA FACTURA			No. FACTURA ELECTRÓNICA	PROVEEDOR	VALOR TOTAL
DIA	MES	AÑO			
23	06	2026	FE582	REDES DE SOLIDARIDAD	138.167.169,70
				VALOR TOTAL	138.167.169,70

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			
				VALOR TOTAL	

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

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

Diligenciar la siguiente información:

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

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

EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS	• Adjuntar en medio digital listados de entrega de alimentación para centro vida/día, con firma/huella de recibido por parte de los beneficiarios y fecha de entrega. • Adjuntar en medio digital facturas electrónicas relacionadas.
EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBEN	• Listados de entrega de alimentación. • Facturas electrónicas.

REPOSAR EN EL MUNICIPIO	● Registro fotográfico.

OBSERVACIONES			
FECHA			**DESCRIPCIÓN**
DIA	**MES**	**AÑO**	

2.4. ALIMENTACIÓN - NUTRICIONISTA/INGENIERO DE ALIMENTOS

Diligenciar la siguiente información:

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

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

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

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICIPIO	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					
PROFESIÓN	**NOMBRE Y C.C.**	**TIPO DE CONTRATO Y No.**	**VALOR PAGO PERIODO/MES**	**No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO**	**VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL**
		TOTAL			

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

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

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

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

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

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICIPIO	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					
PROFESIÓN	**NOMBRE Y C.C.**	**TIPO DE CONTRATO Y No.**	**VALOR PAGO PERIODO/MES**	**No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO**	**VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL**
			TOTAL		

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

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

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICIPIO	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					
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**

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

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

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

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICIPIO	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					
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**

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

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

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

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICIPIO	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					
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**

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

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

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

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 nóminas bancarizadas.

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

Diligenciar la siguiente información:

CENTRO VIDA/DÍA					
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**

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

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

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

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICIPIO	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					
PROFESIÓN	**NOMBRE Y C.C.**	**TIPO DE CONTRATO Y No.**	**VALOR PAGO PERIODO/MES**	**No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO**	**VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL**
		TOTAL			

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

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

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICIPIO	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					
PROFESIÓN	**NOMBRE Y C.C.**	**TIPO DE CONTRATO Y No.**	**VALOR PAGO PERIODO/MES**	**No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO**	**VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL**
		TOTAL			

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

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

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICIPIO	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					
PROFESIÓN	**NOMBRE Y C.C.**	**TIPO DE CONTRATO Y No.**	**VALOR PAGO PERIODO/MES**	**No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO**	**VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL**
			TOTAL		

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

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

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICIPIO	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 FÍSICO

Diligenciar la siguiente información:

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

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

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

EVIDENCIA/SOPORTE QUE DEBE REPOSAR EN EL MUNICIPIO	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.
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.

COPIA CONTROLADA

	● 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.

COPIA CONTROLADA

	● 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**					
						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	
			Durante el mes de diciembre las personas mayores participan de actividades propuestas por el centro vida y la alcaldía municipal, vinculándose y visibilizándose en actividades navideñas como desfiles, noche del fuego, novenas, entre otros.

COPIA CONTROLADA

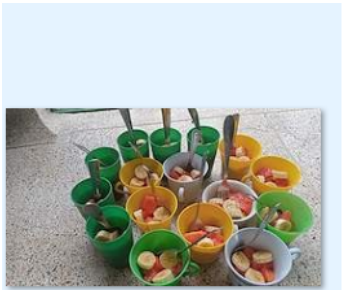
EVIDENCIA/SOPORTE A REMITIR A LA GOBERNACIÓN DE CALDAS	● Soportes de las experiencias exitosas. ● Registro fotográfico.

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 FOTOGRÁFICO: Entrega de alimentación, entre otros







COPIA CONTROLADA











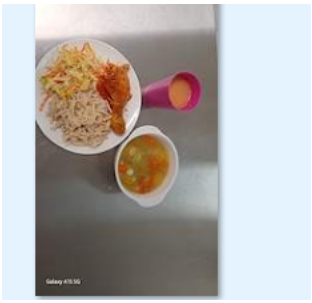
COPIA CONTROLADA











NOTAS:

COPIA CONTROLADA

Contrapartida

CENTRO VIDA/DÍA					
PROFESIÓN	**NOMBRE Y C.C.**	**TIPO DE CONTRATO Y No.**	**VALOR PAGO PERIODO/MES**	**No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO**	
Técnico	Daniel Ramirez cc 1059813495	Prestación de servicios	2.500.000	4654963807 mes de mayo	517.400
		TOTAL			

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 TÉCNICA 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

COPIA CONTROLADA

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.

Este informe se firma en el municipio de Salamina, Calda el día diez (10) del mes de febrero (02) del año (2026).

Cordialmente,

FIRMA _____

NOMBRE DEL ALCALDE	**MANUEL FERMIN GIRALDO GUTIERREZ**

FIRMA _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR MUNICIPIO	**FRANKLIN ANDRES HENAO CASTAÑO**