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	PALESTINA					
INFORME No.	03					
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	**DÍA**	02	**MES**	06	**AÑO**	2026
PERIODO DEL INFORME CENTRO VIDA/DÍA	DEL 02 DE MARZO AL 31 DE MARZO DE 2026					
PERIODO DEL INFORME CENTRO DE PROTECCIÓN	DEL 01 DE MARZO AL 31 DE MARZO DE 2026					

1. INFORMACIÓN GENERAL:

DATOS	**DESCRIPCIÓN**			
No. CONVENIO/RESOLUCIÓN CON LA GOBERNACIÓN	31102025-1682			
OBJETO	AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA DIGNIFICACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL MUNICIPIO DE PALESTINA DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS			
VALOR TOTAL	DOSCIENTOS SESENTA MILLONES SEISCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE ($260.620.000 COP)			
VALOR APORTE DEPARTAMENTO	DOSCIENTOS DIECIOCHO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($218.140.000 COP)			
VALOR APORTE MUNICIPIO	CUARENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($42.480.000 COP)			
DECRETO DE INCORPORACIÓN DE RECURSOS (Sólo para el primer informe o adiciones)	**No. DEL DECRETO**	002		
	FECHA	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
		13	01	2026
	No. DEL RUBRO DE INGRESO	1.1.02.06.006.06.005		
	DESCRIPCIÓN	ADULTO MAYOR		
	VALOR	DOSCIENTOS DIECIOCHO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS M/CTE		

					($218.140.000 COP)	
	No. DEL RUBRO DE EGRESO				2.3.2.02.02.009.211 2.3.2.02.02.009.212	
	DESCRIPCIÓN				SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	
	VALOR				DOSCIENTOS DIECIOCHO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($218.140.000 COP)	
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	12	2025	30	06	2026
No. DE POBLACIÓN BENEFICIADA CENTRO VIDA/DÍA	**HOMBRE**	70	**MUJER**	30	**TOTAL**	100
No. DE POBLACIÓN BENEFICIADA CENTRO DE PROTECCIÓN	**HOMBRE**	44	**MUJER**	22	**TOTAL**	66
ASEGURAMIENTO EN SALUD	**CENTRO VIDA/DÍA**					
	GRUPO A: Pobreza Extrema (Desde A1 hasta A5)	49		**GRUPO B:** Pobreza Moderada (Desde B1 hasta B7)	40	
	GRUPO C: Población Vulnerable (Desde C1 Hasta C18)	11		**GRUPO D:** Población no pobre no vulnerable (Desde D1 Hasta D21)		

COPIA CONTROLADA

	INDÍGENAS:		**NARP:**	
	DESPLAZADOS:		**LISTADO CENSAL:**	
	CENTRO DE PROTECCIÓN			
	GRUPO A: Pobreza Extrema (Desde A1 hasta A5)	66	**GRUPO B:** Pobreza Moderada (Desde B1 hasta B7)	
	GRUPO C: Población Vulnerable (Desde C1 Hasta C18)		**GRUPO D:** Población no pobre no vulnerable (Desde D1 Hasta D21)	
	INDÍGENAS:		**NARP:**	
	DESPLAZADOS:		**LISTADO CENSAL:**	66
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	CORPORACIÒN PARA EL DESARROLLO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA		
	NIT	900023618-5		
	TIPO DE ORGANIZACIÓN	ENTIDAD SIN ÀNIMO DE LUCRO		
	DIRECCIÓN	CALLE 9 8-12		

	ZONA (URBANA O RURAL)	URBANO
	SEDE (PROPIA, ARRIENDO, COMODATO O PRESTAMO)	ARRIENDO
	REPRESENTANTE LEGAL	RAFAEL ANTONIO GARCIA MANRIQUE
	CÉDULA DE CIUDADANÍA	75090041
	TELÉFONO	3008038332
	OBSERVACIÓN	
	CENTRO DE PROTECCIÓN	
	RAZÓN SOCIAL	CENTRO HOGAR DEL ANCIANO SANTA ANA
	NIT	810000868-4
	TIPO DE ORGANIZACIÓN	ENTIDAD SIN ÀNIMO DE LUCRO
	DIRECCIÓN	CRA 3 Nº 6-22 ARAUCA
	ZONA (URBANA O RURAL)	URBANA
	SEDE (PROPIA, ARRIENDO, COMODATO O PRESTAMO)	PROPIA
	REPRESENTANTE LEGAL	FRANCISCO JAVIER SUÀREZ VASQUEZ
	CÉDULA DE CIUDADANÍA	10279988
	TELÉFONO	3122144571
	OBSERVACIÓN	
	CENTRO DE PROTECCIÒN	
	RAZÓN SOCIAL	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN CAYETANO
	NIT	800024311-1
	TIPO DE ORGANIZACIÓN	ENTIDAD SIN ÀNIMO DE LUCRO

	DIRECCIÓN			CRA 8 Nº 18-55		
	ZONA (URBANA O RURAL)			URBANA		
	SEDE (PROPIA, ARRIENDO, COMODATO O PRESTAMO)			PROPIA		
	REPRESENTANTE LEGAL			MARÌA RUBY PÈREZ ABORDA		
	CÉDULA DE CIUDADANÍA			24850971		
	TELÉFONO			3146204649		
	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**			RESOLUCIÒN 034		
	FECHA DE INICIO			**FECHA DE TERMINACIÓN**		
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	23	07	2024	PENDIENTE		
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 CENTRO VIDA	**NOMBRE DEL OPERADOR**			CORPORACIÒN PARA EL DESARROLLO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA		
	No. CONVENIO/CONTRATO			093 DEL 29 DE ENERO DE 2026		
	OBJETO			AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES QUE FORMAN PARTE DEL PROGRAMA CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE PALESTINA CALDAS		
	VALOR			**SETECIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES CIENTO CATORCE MIL CUATROCIENTOS PESOS CE**		

COPIA CONTROLADA

				MCTE ($741.114.000) de los cuales el municipio aportará **QUINIENTOS DIECIOCHO MILLONES CIENTO CATORCE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($518.114.400)** y el valor restante por la ESAL.			
	FECHA DE INICIO			**FECHA DE TERMINACIÓN**			
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**	
	30	01	2026	30	09	2026	
DATOS DEL OPERADOR CENTROS DE PROTECCIÒN	**NOMBRE DEL OPERADOR**			CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN CAYETANO			
	No. CONVENIO/CONTRATO			055 DE 27 DE ENERO DE 2026			
	OBJETO			BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O DESPROTECCIÓN SOCIAL INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO DEL BIENESTAR DEL ANCIANO SAN CAYETANO DEL MUNICIPIO DE PALESTINA CALDAS, EN LOS TÉRMINOS FIJADOS POR LA LEY			
	VALOR			CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS ($433.136.385,43)			
	FECHA DE INICIO			**FECHA DE TERMINACIÓN**			
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**	
	29	01	2026	30	09	2026	
	NOMBRE DEL OPERADOR			CENTRO HOGAR DEL ANCIANO SANTA ANA			

	No. CONVENIO/CONTRATO			058 DE 27 DE ENERO DE 2026		
	OBJETO			BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICION DE VULNERABILIDAD O DESPROTECCION SOCIAL INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SANTA ANA EN LA ZONA URBANA DE ARAUCA DEL MUNICIPIO DE PALESTINA CALDAS, EN LOS TERMINOS FIJADOS POR LA LEY.		
	VALOR			CIENTO VENTINUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE $129.600.000		
	FECHA DE INICIO			**FECHA DE TERMINACIÓN**		
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	29	01	2026	30	10	2026
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**
PSICOLOGO	JORGE ANDRES CIFUENTES LONDOÑO	PRESTACIÒN DE SERVICOS	$2.332.000	1081532895	$ 359.600

COPIA CONTROLADA

CENTRO VIDA/DÍA					
PROFESION	**NOMBRE Y C.C.**	**TIPO DE CONTRATO Y No.**	**VALOR PAGO PERIODO/MES**	**No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO**	**VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL**
		TOTAL	$ 359.600		

Las actividades realizadas durante el periodo presentado fueron:
° Acompañamiento diario a todos los contratistas para dar solución a inconvenientes del normal funcionamiento.
° Se mantiene comunicación con los profesionales del programa para realizar atenciones directas a usuarios que lo requieran o atención de urgencias.
° Concientización a cada usuario sobre los cuidados y factores de bioseguridad que se deben tener.
° Seguimiento a la labor desempeñada por los contratistas, recogiendo quejas y sugerencias con cada uno de los usuarios.
° Se coordinaron y se planearon las actividades de Centro Vida satisfactoriamente.
° Se programó las actividades de cada uno de los profesionales en su área.
° Se mantuvo atenta y disponible para la resolución de dudas correspondientes a procesos y métodos de trabajo al igual que el tema de formatos e informes se explicó por área hasta aclarar dudas.
° Se tomaron decisiones acertadas con los adultos mayores.
° Se supervisó la valoración a los adultos mayores a cargo de la psicóloga y la enfermera.
° Se realizó el seguimiento de las actividades de las auxiliares de enfermería.
° Se verificó con cada uno de los usuarios sus respectivas necesidades, realizando un seguimiento para determinar sus problemáticas tanto psicológicos como alimenticios, llevando un proceso gradual en la parte de aprendizaje con cada uno de los profesionales en su área.
° Se realiza supervisión y acompañamiento de las charlas o actividades grupales implementadas por los contratistas que les permite despejar dudas sobre sus enfermedades de base o padecimientos.
° De manera semanal se realiza el inventario de oficina, elementos de aseo y alimentos con el fin de mantener la existencia necesaria para el cumplimiento del proyecto.
° Acompañamiento permanente y solución de inconvenientes diarios en la prestación del servicio de alimentación y atención profesional.
° Actualización permanente de datos de los usuarios y planillas de las instituciones.
Verificación constante a lo correspondiente a infraestructuras de los centros de atención, necesidades, daños etc.
° Atención a entidades Gubernamentales especialmente relacionadas con el área de salud y protección del adulto mayor.
° Verificación de alimentos para la elaboración de la minuta. (Calidad, fecha de vencimiento entre otros).
° Relación directa con proveedores en temas de compras y facturación.
Verificación de situaciones diarias presentadas en los centros y entrega de una posible solución para lograr llevar a feliz término cada contexto.
° Se mantuvo una constante comunicación con la supervisión del programa, poniéndoles al tanto de todas las actividades, casos y movimientos que se realizaron en Centro Vida. Reuniones administrativas.
° Se recibieron informes de cada dependencia realizados de acuerdo a los lineamientos solicitados desde las entidades competentes.
° Demás tareas administrativas como verificación de las planillas de seguridad social, pago de nómina, facturación interna por parte de la corporación en dotación

y suministros de los centros vida de Arauca y Palestina.

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

2.2. ALIMENTACIÓN - RACIONES PREPARADAS

- **CENTRO VIDA/DÍA:**

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

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

Diligenciar la siguiente información:

LISTADOS DE ALIMENTACIÓN (SEMANA)						**TOTAL DÍAS**	**TOTAL PERSONAS BENEFICIARIOS**	**COSTO UNITARIO (DÍA)**	**COSTO TOTAL**
FECHA INICIAL			**FECHA FINAL**						
DIA	**MES**	**AÑO**	**DIA**	**MES**	**AÑO**				
02	03	2026	06	03	2026	5	100	10.500	$ 5.250.000
09	03	2026	13	03	2026	5	100	10.500	$ 5.250.000
16	03	2026	20	03	2026	5	100	10.500	$ 5.250.000
24	03	2026	27	03	2026	5	100	10.500	$ 5.250.000
30	03	2026	31	03	2026	2	100	10.500	$ 2.100.000
								VALOR TOTAL	$ 23.100.000

COPIA CONTROLADA

SOPORTES FINANCIEROS					
FECHA DE LA FACTURA			No. FACTURA ELECTRÓNICA	PROVEEDOR	VALOR TOTAL
DIA	MES	AÑO			
14	04	2026	No. 1541	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL Y LA CALIDAD	$ 64.908.250
VALOR TOTAL					$ 64.908.250

- **CENTRO DE PROTECCIÓN: SAN CAYETANO**

  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:**
  - **ALMUERZO: _ _**
  - **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				
01	03	2026	07	03	2026	7	50	4.650	$ 1.627.500
08	03	2026	15	03	2026	8	50	4.650	$ 1.860.000
16	03	2026	23	03	2026	8	50	4.650	$ 1.860.000
24	03	2026	31	03	2026	8	50	4.650	$ 1.860.000
								VALOR TOTAL	$ 7.207.000

SOPORTES FINANCIEROS					
FECHA DE LA FACTURA			No. FACTURA ELECTRÓNICA	PROVEEDOR	VALOR TOTAL
DIA	MES	AÑO			
24	03	2026	FE-64	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN CAYETANO	$ 45.000.000
				VALOR TOTAL	

COPIA CONTROLADA

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.

- **CENTRO DE PROTECCIÓN: SANTA ANA**

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:**
- **ALMUERZO: __**
- **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**				
01	03	2026	07	03	2026	7	15	4.650	$ 488.250
08	03	2026	14	03	2026	7	15	4.650	$ 488.250
15	03	2026	21	03	2026	7	15	4.650	$ 488.250
22	03	2026	28	03	2026	7	15	4.650	$ 488.250
29	03	2026	31	03	2026	3	15	4.650	$ 209.250
								VALOR TOTAL	$ 2.162.250

SOPORTES FINANCIEROS					
FECHA DE LA FACTURA			**No. FACTURA ELECTRÓNICA**	**PROVEEDOR**	**VALOR TOTAL**
DIA	**MES**	**AÑO**			
30	03	2026	FE-11	CENTRO HOGAR DEL ANCIANO SANTA ANA	$ 11.340.000
				VALOR TOTAL	

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.

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**			
NA	NA	NA	NA	NA	NA
				VALOR TOTAL	NA

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

- **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**			
NA	NA	NA	NA	NA	NA
				VALOR TOTAL	

SOPORTES FINANCIEROS

FECHA DE LA FACTURA			No. FACTURA ELECTRÓNICA	PROVEEDOR	VALOR TOTAL
DIA	MES	AÑO			
NA	NA	NA	NA	NA	NA
				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 REPOSAR EN EL MUNICIPIO	• Listados de entrega de alimentación. • Facturas electrónicas. • Registro fotográfico.

OBSERVACIONES			
FECHA			DESCRIPCIÓN
DIA	MES	AÑO	
NA	NA	NA	NA

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
NA	NA	NA	NA	NA	NA
			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
NA	NA	NA	NA	NA	NA
			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.

2.5. 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**
NINGUNA	MARIA DEL SOCORRO MARTINEZ C.C 24.853.634	PRESTACIÒN DE SERVICOS	$1.696.000	84898956 ABRIL	$ 237.200
NINGUNA	MARTHA LUCÌA GARCÌA C.C 25042519	PRESTACIÒN DE SERVICOS	$1.696.000	93014457 ABRIL	$ 237.200
		TOTAL	$ 3.392.000		

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

Apoyo a la cocina de forma eficiente y oportuna

Realizar y entregar los diferentes alimentos a los adultos mayores adscritos al programa centro vida del municipio de Palestina – Caldas y casco Urbano Arauca
Entrega y preparación de los refrigerios

Preparación de los alimentos (Desayuno-Almuerzo)

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

2.6. ALIMENTACIÓN - AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

Diligenciar la siguiente información:

CENTRO VIDA/DÍA					
PROFESION	**NOMBRE Y C.C.**	**TIPO DE CONTRATO Y No.**	**VALOR PAGO PERIODO/MES**	**No. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PERIODO**	**VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL**
NINGUNA	DIANA MARCELA PAVAS CASTRO C.C 1061624733	PRESTACIÒN DE SERVICIOS	$1.590.000	1081064991 MES DE ABRIL	$ 508.300
		TOTAL	$1.590.000		

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

Apoyar la entrega de alimentación y refrigerio

Se realizaron las actividades de servicios generales y apoyo a la cocina de forma eficiente y oportuna

Aseo y desinfección del área de la cocina - Limpieza y desinfección de todas las áreas comunes

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**
NA	NA	NA	NA	NA	NA
			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**
NA	NA	NA	NA	NA	NA
			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**
NA	NA	NA	NA	NA	NA
		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**
NA	NA	NA	NA	NA	NA
		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**
PSICOLOGA	MARIA CAMILA PINZON VASQUEZ CC.1.061.626.031	PRESTACIÒN DE SERVICIOS	$ 2.120.000	9501865825 ABRIL	$508.300
		TOTAL	$ 2.120.000		

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

Retroalimentación del manual de convivencia en el adulto mayor puede ser una herramienta valiosa para mejorar la calidad de vida y la convivencia en entornos de cuidado y residencia.

Durante la actividad de juego, los adultos mayores muestran mayor disposición a participar, expresan satisfacción al interactuar con sus compañeros y logran mantener la atención en la dinámica. Se evidencia que el juego facilita la evocación de recuerdos, fomenta la cooperación y genera un ambiente positivo que contribuye al mantenimiento de sus capacidades cognitivas.

En los adultos mayores que han tenido contacto con sustancias psicoactivas se observa una mayor vulnerabilidad a efectos adversos en la memoria, la coordinación motora y el estado de ánimo. También se evidencia que el consumo puede estar relacionado con situaciones de soledad, dolor crónico o falta

de redes de apoyo. En contraste, aquellos que participan en actividades recreativas, sociales y de estimulación cognitiva muestran menor propensión al consumo y mayor bienestar general.
Durante las caminatas, los adultos mayores muestran mayor disposición al movimiento, mejoran su postura y ritmo respiratorio, y expresan satisfacción al compartir la actividad en compañía.

En los adultos mayores que han tenido contacto con sustancias psicoactivas se observa una mayor vulnerabilidad a efectos adversos en la memoria, la coordinación motora y el estado de ánimo. También se evidencia que el consumo puede estar relacionado con situaciones de soledad, dolor crónico o falta de redes de apoyo. En contraste, aquellos que participan en actividades recreativas, sociales y de estimulación cognitiva muestran menor propensión al consumo y mayor bienestar general.

La participación en juegos y actividades recreativas ofrece beneficios que van más allá del entretenimiento: reduce el estrés, previene el aislamiento y fomenta la autoestima

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**
NA	NA	NA	NA	NA	NA
		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**
NA	NA	NA	NA	NA	NA
		TOTAL			

.

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**
AUX. ENFERMERIA	KAREN DAHIANA JARAMILLO CC. 1060506043	PRESTACIÒN DE SERVICIOS	$1.802.000	9503167686 ABRIL	$ 359.600
		TOTAL	$1.802.000		

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

Fomentar prácticas que ayuden aprevenir el deterioro cognitivo y manejarlo adecuadamente
Fomentar hábitos alimenticios saludables que contribuyan a la prevención de enfermedades y mejora de la calidad de vida.
Disminuir el riesgo de enfermedades como osteoporosis hipertensión y enfermedades cardiacas.

Informar a los adultos sobre los síntomas y la evolución del deterioro cognitivo, así como su impacto en la calidad de vida. Controlar regularmente la presión arterial en los adultos mayores, radica en prevenir y detectar a tiempo enfermedades cardiovasculares

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**
NA	NA	NA	NA	NA	NA
		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**
NA	NA	NA	NA	NA	NA
		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**
NA	NA	NA	NA	NA	NA
		TOTAL	NA		

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**
NA	NA	NA	NA	NA	NA
		TOTAL	NA		

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	NA

CENTRO DE PROTECCIÓN	
DESCRIPCIÓN - ASEGURAMIENTO EN SALUD	
VALOR TOTAL	NA

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:

COPIA CONTROLADA

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

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**
NA	NA	NA	NA	NA	NA
		TOTAL	NA		

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**						
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
							VALOR TOTAL	

COPIA CONTROLADA

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

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**
NA	NA	NA	NA	NA	NA
		TOTAL	NA		

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**
NA	NA	NA	NA	NA	NA
		TOTAL	NA		

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**						
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
							VALOR TOTAL	

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

COPIA CONTROLADA

NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
							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.

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**						
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
							VALOR TOTAL	

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

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	NA

CENTRO DE PROTECCIÓN	
DESCRIPCIÓN - CONSTITUCIÓN DE REDES	
VALOR TOTAL	NA

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**					
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
						VALOR TOTAL	

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

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**							
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
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**	
NA	NA	NA	NA

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**						
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
VALOR TOTAL								

CENTRO DE PROTECCIÓN

COPIA CONTROLADA

SOPORTES FINANCIEROS								
FECHA DE LA FACTURA			No. FACTURA ELECTRÓNICA	PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN ELEMENTOS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
DIA	MES	AÑO						
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
							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	
NA	NA	NA	NA

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

OBSERVACIONES			
FECHA			DESCRIPCIÓN
DIA	MES	AÑO	
NA	NA	NA	NA

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	
NA	NA	NA	NA

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

2.26. REGISTRO FOTOGRAFICO:







COPIA CONTROLADA








- **CONTRAPARTIDA CENTRO DE PROTECCIÓN: SAN CAYETANO**

  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:

COPIA CONTROLADA

- **REFRIGERIO DE LA MAÑANA: 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				
01	03	2026	07	03	2026	7	50	$ 3.000	$ 1.050.000
08	03	2026	15	03	2026	8	50	$ 3.000	$ 1.200.000
16	03	2026	23	03	2026	8	50	$ 3.000	$ 1.200.000
24	03	2026	31	03	2026	8	50	$ 3.000	$ 1.200.000
								VALOR TOTAL	$ 4.650.000

- **CONTRAPARTIDA CENTRO DE PROTECCIÓN: SANTA ANA**

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:

- **REFRIGERIO DE LA MAÑANA: 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				
01	03	2026	07	03	2026	7	15	$ 3.000	$ 315.000
08	03	2026	14	03	2026	7	15	$ 3.000	$ 315.000
15	03	2026	21	03	2026	7	15	$ 3.000	$ 315.000
22	03	2026	28	03	2026	7	15	$ 3.000	$ 315.000
29	03	2026	31	03	2026	3	15	$ 3.000	$ 135.000
								VALOR TOTAL	$ 1.395.000

- **CONTRAPARTIDA 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:

COPIA CONTROLADA

- **REFRIGERIO DE LA MAÑANA: X**

Diligenciar la siguiente información:

LISTADOS DE ALIMENTACIÓN (SEMANA)						TOTAL DÍAS	TOTAL PERSONAS BENEFICIARIOS	COSTO UNITARIO (DÍA)	COSTO TOTAL
FECHA INICIAL			FECHA FINAL						
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO				
02	03	2026	06	03	2026	5	100	$ 3.000	$ 1.500.000
09	03	2026	13	03	2026	5	100	$ 3.000	$ 1.500.000
16	03	2026	20	03	2026	5	100	$ 3.000	$ 1.500.000
24	03	2026	27	03	2026	4	100	$ 3.000	$ 1.500.000
30	03	2026	31	03	2026	2	100	$ 3.000	$ 600.000
								VALOR TOTAL	$ 6.600.000

NOTAS:

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

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

DOCUMENTO	APLICA	
	SI	NO
1. Factura electrónica del Municipio dirigida a la Gobernación.		
2. Certificado actualizado de la cuenta bancaria, exclusiva para los recursos del programa de personas mayores asignados por la Gobernación.		
3. Certificado de parafiscales del Municipio, firmado por el alcalde.		
4. Decreto de incorporación de recursos (primer informe y adiciones).		
5. Certificado de aseguramiento en salud, con la población de personas mayores clasificados en la categoría correspondiente que les permite ser beneficiarios del programa, firmada por parte del alcalde, incluyendo la base de datos de dichas personas mayores (actualizado mensualmente).		
6. Documentos soporte personería jurídica de los centros (primer informe).		
7. Acto de administrativo de conformación de la veeduría ciudadana vigente (primer informe) y presentar los informes de las veedurías (cada dos meses).		
8. Convenio/contrato del operador con el municipio (si aplica, para primer informe y adiciones).		

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

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

- Todas las evidencias descritas en el ítem "**EVIDENCIAS DEL EXPEDIENTE DEL MUNICIPIO"** deben estar disponibles para eventual revisión y/o visitas realizadas por parte de la supervisión de la Gobernación de Caldas y/o de los Entes de Control.
- Para dar cumplimiento a la obligación contractual del convenio, con referencia a los soportes administrativos y financieros de la ejecución de este que deben reposar en el Municipio, se debe tener en cuenta que estos deben cumplir con los requisitos legales de facturación, es el caso de la presentación de facturas por parte de personas naturales o jurídicas tales como facturación electrónica, en los casos que aplique.
- Es de obligatorio cumplimiento el diligenciamiento de los formatos adjuntos: DI-FO-09. "***Valoración médico nutricional programas centro vida o día y centro de protección social a la persona mayor***", DI-FO-10. "***Estudio socioeconómico programas Centro Vida o Día y Centro de Protección Social a la persona mayor***" y DI-FO-03." ***Valoración psicológica***

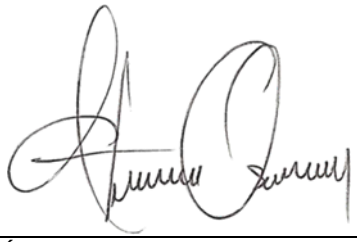
programas Centro Vida o Día y Centro de Protección Social a la persona mayor". Éstos deben reposar en el expediente de cada persona mayor del centro vida/día y de protección.

- Las actas veedurías ciudadanas deben reposar en el expediente del Convenio de Programa de Persona Mayor.
- Cualquier ajuste que se vaya a realizar a la Ficha Técnica del Programa de Persona Mayor presentada por el Municipio y registrada en la Gobernación de Caldas, deberá aprobada por los Ordenadores de Gasto y Supervisor del Departamento. Su evidencia documental es un modificatorio al convenio o resolución.
- 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 Palestina Caldas, el día 03 días del mes de Junio del año (2026).

Cordialmente,

FIRMA



NOMBRE DEL ALCALDE	Álvaro Andrés Osorio valencia

FIRMA



NOMBRE DEL SUPERVISOR MUNICIPIO	María Fernanda Quintero Cardona