

GED-13039 SDS-0581-19  
Manizales, 8 de abril de 2019

Señores

**MARTHA LUCIA VALENCIA GOMEZ**  
**FABIO DE JESUS VALLEJO PIZARRO**

Carrera 28 27-10  
Celular 316-541-3307  
Manizales

Asunto: Solicitud Hogar Adulto

Reciban un cordial saludo:

La Secretaría de Desarrollo Social, ha recibido su solicitud relacionada con su interés en ingresar a un Centro de Bienestar al Adulto FABIO DE JESUS VALLEJO PIZARRO, cédula de ciudadanía 1.198.083, beneficiario del subsidio desde el 01-11-2009, le informo lo siguiente:

La Administración Municipal a través de la Secretaría de Desarrollo Social, lidera algunos Centros de Bienestar al Adulto Mayor, dirigidos a todas las personas mayores que residen en la ciudad de Manizales y cuya afiliación en Salud y SISBEN, pertenezcan a dicho Municipio.

Con el fin de realizar la visita socio económica por parte de la Profesional de este Despacho para evaluar diversos factores establecidos por la Política Pública de Envejecimiento y Vejez y la Normatividad Vigente; se tienen establecidos los siguientes requisitos:

- Tener 60 años o más de edad
- Tener 55 años o más y demostrar situación de discapacidad o ser habitante en condición de habitabilidad de calle.
- Tener un puntaje en el SISBEN de Manizales en zona urbana de 0 a 54.86 y en zona rural de 0 a 51.57, perteneciente al Municipio de Manizales.

Por todo lo anterior, las personas interesadas en acceder a este servicio deben presentar los siguientes documentos:

- Oficio solicitando institucionalización con la firma o huella del beneficiario, en caso de no ser posible, oficio firmado por el acudiente del adulto mayor.
- Fotocopia de la Cédula por ambos lados con holograma
- Fotocopia del carné del SISBEN, perteneciente al Municipio de Manizales, expedido por la Secretaría de Planeación – Oficina SISBEN y el certificado de Salud del régimen subsidiado, expedido por la Secretaría de Salud Pública.
- Si se encuentra en situación habitante en condición de habitabilidad de calle, debe presentar certificado censal expedido por la Secretaría de Salud Pública del Municipio de Manizales o la Unidad de Protección a la Vida – Secretaría de Gobierno.
- Fotocopia de la historia clínica con las últimas evoluciones médicas del año 2018 y 2019
- Anexar factura de agua donde reside, como también los datos del acudiente con su número de teléfono o celular.

Una vez revisados sus documentos no allegaron la Historia Clínica, sin embargo, el día 29-03-2019 se le informó a la señora TERESITA DE JESUS ZAPATA BURITICA, que faltaba la Historia Clínica, también el día 14-03-2019 se le entregó a la señora MARTHA LUCIA VALENCIA, la lista de requisitos.

Por lo tanto; cuando tengan los documentos radicar la solicitud con el fin de programar agenda.

Cualquier información con gusto le será suministrada.

Atento Saludo,



**PAULA ANDREA AGUIRRE LÓPEZ**

servicioalcliente@callexpress.com.co



No. Guía: 605366103

www.caex.com.co



Remitente:

ALCALDIA DE MANIZALES

Fecha Oficio: 2019-04-08

DESARROLLO SOCIAL

605366103

Destinatario: 199

ARCO: 28264-2019

CARRERA 28 27-10

Límite: 600668 del 18 de abril de 2011

CALI EXPRESS LTDA. NIT. 890.328.281-1



www.callexpress.co

www.caex.com.co - TELS. (57)(2) 551 0398

servicioalcliente@callexpress.com.co

CALLE 9 No. 44-39 CALI COLOMBIA

Licencia MINTIC 000668



605366103

|  |  |  |                  |   |  |
|--|--|--|------------------|---|--|
| 199  |  | Fecha de Admisión<br><b>2019-04-11</b>   | Hora de Admisión | Tiempo estimado de entrega  |  |
| Nombre o razón social<br><b>ALCALDIA DE MANIZALES</b>                        |  | Número de identificación<br><b>ARCO:28264-2019</b>   |                  | Teléfono<br><b>111187-11</b>  |  |
| Dirección<br><b>28264-2019   SDS-0581-GED-10039-19   DESARROLLO SOCIAL</b>   |  | Ciudad Origen / País<br><b>MANIZALES</b>   |                  | Fecha de Devolución   |  |
| Nombre o razón social<br><b>MARTHA LUCIA VALENCIA GOMEZ-FABIO DE JESUS V</b> |  | MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN<br><input checked="" type="checkbox"/> DIR. ERRADA<br><input checked="" type="checkbox"/> REHUSADO<br><input type="checkbox"/> DESCONOCIDO<br><input type="checkbox"/> NO RESIDE<br><input type="checkbox"/> CERRADO<br><input type="checkbox"/> OTROS |                  | Fecha Primer intento de entrega<br><b>30419</b>                                 |  |
| Número de identificación<br><b>CARRERA 28 27-10</b>                          |  | Teléfono<br><b>22</b>  |                  | Fecha segundo intento entrega   |  |
| Dirección<br><b>MANIZALES</b>  |  | Ciudad Destino   |                  | Firma y Sello<br><b>SIN COPIA</b>   |  |
| Nombre legible de quien recibe   |  | Identificación   |                  | Fecha de Entrega  |  |
| Observaciones  |  | Hora de Entrega Militar  |                  | <p style="font-size: 2em; opacity: 0.5; text-align: center;">DEV. NO EXISTE</p> |  |



Cadema SA 2019019 3199