

 ALCALDÍA DE FLORIDABLANCA	SOLICITUD DE CUPO PARA CENTRO DE BIENESTAR	CÓDIGO	
		VERSIÓN	
	SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL	FECHA ELAB	
	PROCESO: GESTION SOCIAL	FECHA APROB	
		TRD	

Formulario de Solicitud de Cupo para Centro de Bienestar del Adulto Mayor

Fecha de solicitud 13/05/2026

I. Datos Personales del adulto mayor

- Nombre completo: Oscar Enrique Moreno Ramirez
- Fecha de nacimiento: 10/03/1957 Edad: 69 años
- Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
- Estado Civil: ☒ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Unión libre
- Documento de identidad (Cédula): 11.298.452 Nacionalidad Colombiano
- Nivel educativo: ☐ Sin estudios ☒ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior

II. Datos de Contacto del adulto mayor

- Dirección actual: Calle 30 # 18-22
- Municipio: B/manga
- Número de contacto principal: 3028357231 Número de contacto familia _____
- Correo electrónico: _____

III. Información Familiar / Red de Apoyo del adulto mayor

Tiene Hijos: ☒ NO ☐ SI Cuantos hijos? _____

Familiares / Red de Apoyo	Edad	Parentesco /vinculo	Ocupación	Viven con el Adulto Mayor

IV. Estado Socioeconómico del adulto mayor

- Fuente de ingresos AM: ☐ Pensión ☒ Trabajo ☐ Ayuda familiar ☐ Ayuda vecinos ☐ Ninguna
- Ocupación actual AM: Vendedor ambulante
- Actividad laboral anterior AM: _____
- Fecha de la última vez realizó la actividad AM: ____/____/____
- Puntaje del Sisben AM B5 Municipio del Sisben Floridablanca
- Estado en Colombia Mayor AM Activo
- Ingresos mensuales aproximados del hogar: \$150.000

 ALCALDÍA DE FLORIDABLANCA	SOLICITUD DE CUPO PARA CENTRO DE BIENESTAR	CÓDIGO	
		VERSIÓN	
	SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL	FECHA ELAB	
	PROCESO: GESTION SOCIAL	FECHA APROB	
		TRD	

V. Tipo de Residencia y Tenencia de la Vivienda

- Tipo de residencia: ☒ Urbana ☐ Rural
- Condiciones de la vivienda: ☐ Adecuada ☒ Inadecuada ☐ En riesgo
- Vivienda: ☐ Propia ☒ Alquilada ☐ Prestada ☐ Familiar ☐ Otro: habitación.
- Con quien convive AM Solo

VI. Discapacidad

- ¿Presenta alguna discapacidad? ☒ Sí ☐ No
- Tipo de discapacidad: No puede caminar.
- Grado de discapacidad: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Severa
- Certificado de discapacidad: ☐ Sí ☐ No

VII. Enfermedad Actual y Tratamiento Médico

- Diagnóstico médico actual: Cancer en el pulmon, desnutrición, entre otros.
- Tratamiento médico en curso: Si
- EPS: Coosalud EPS SA Punto de Atención _____
- ☐ Contributivo Cotizante ☐ Contributivo Beneficiario ☒ Subsidiada ☐ Régimen Especial ☐ No tiene

VIII. Motivo de la Solicitud

- Describa brevemente el motivo principal por el cual solicita el cupo en el Centro de Bienestar al adulto mayor
el adulto mayor se encuentra en estado de abandono, sin red de apoyo, en el momento se encuentra internado en el hospital (HIC) con Orden de Salida pero sin un lugar adecuado y posee un estado de salud en deterioro que le impide valerse por si mismo.

- El adulto Mayor tiene conocimiento y acepta permanecer de manera voluntaria en el Centro de Bienestar:
☒ Sí ☐ No

IX. Declaración y Firma

Declaro que la información proporcionada en este formulario es veraz y completa y Autorizo la verificación de los datos consignados y el uso de la información para fines administrativos.

Nombre y firma del Solicitante: Yvonne Pimiento - Trabajadora Social

N° documento del solicitante: _____

X. Anexos

- ☒ Copia Cedula de Ciudadanía ☒ Certificado Sisben ☒ Certificado Adres
- ☐ Certificado Discapacidad - opcional (emitido por la Secretaría de Salud)

 ALCALDÍA DE FLORIDABLANCA	SOLICITUD DE CUPO PARA CENTRO DE BIENESTAR	CÓDIGO	
		VERSIÓN	
	SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL	FECHA ELAB	
		FECHA APROB	
	PROCESO: GESTION SOCIAL	TRD	

Uso exclusivo de la entidad

- Se envía a Solicitud de visita Psicosocial ☒ Sí ☐ No

- Fecha de la visita: 17 / 06 / 2026

- Concepto Profesional:

lo que se puede evidenciar del adulto mayor Oscar Enrique Moreno Ramirez, se encuentra en un estado de vulnerabilidad evidente, al igual que su estado de salud se encuentra deteriorado debido a su enfermedad Oncologica; ~~Ademas~~ no tiene una red apoyo esta completamente solo.

En cuanto a requisitos Administrativos cumple. pero por el estado de Salud No cumple para estar en un Centro de Bienestar.

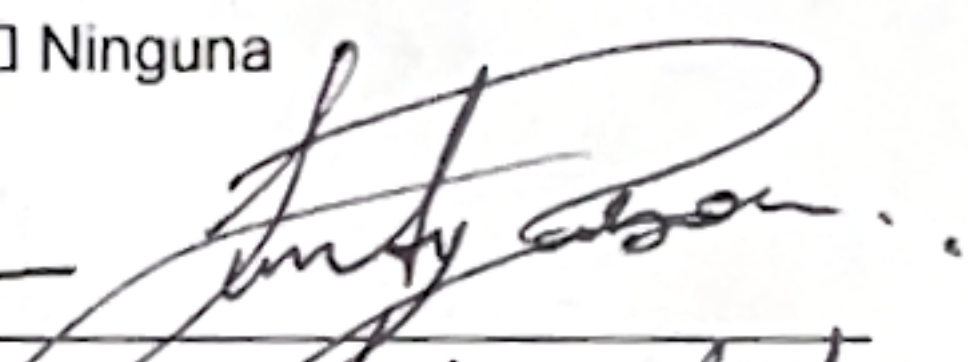
Prioridad: ☒ Alta

☐ Media

☐ Baja

☐ Ninguna

- Firma y nombre del Profesional:

Frank his Pabon Vera - 

- Firma y nombre del Profesional:

Andrés Felipe Cáceres - Andrés Felipe Jáimes.

- Firma y nombre del Profesional:

Respuesta a la solicitud:

- ☐ Se asigna ☐ No se asigna ☐ Lista de espera ☐ Se asigna pero NO acepta