



|                                                                                                                                   |                                        |                    |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|-------------------|
| <br><b>Alcaldía Municipal<br/>de Floridablanca</b> | <b>CARTA</b>                           | <b>CODIGO</b>      | <b>CD 1-02</b>    |
|                                                                                                                                   | <b>SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL</b> | <b>VERSIÓN</b>     | <b>03</b>         |
|                                                                                                                                   | <b>PROCESO: GESTION SOCIAL</b>         | <b>FECHA ELAB</b>  | <b>Enero 2014</b> |
|                                                                                                                                   |                                        | <b>FECHA APROB</b> | <b>02/01/2024</b> |
|                                                                                                                                   |                                        | <b>TRD</b>         | <b>500.40.10</b>  |

| ACTA DE VISITA Y SUPERVISION CENTROS DE BIENESTAR JUAN PABLO II                  |  |                                                                                                                       |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL                                                  |  | PRECESO: ATENCION A LA POBLACION VULNERABLE                                                                           |                               |
| <b>Recurso:</b> Estampilla Pro Adulto Mayor Municipal y Departamental.           |  |                                                                                                                       |                               |
| <b>Ejecución:</b> Programas Centros de Bienestar del Municipio de Floridablanca. |  |                                                                                                                       |                               |
| <b>Objeto:</b> Ley 1315 y 1276 de 2009, Resolución 024 de 2017 y 055 de 2018.    |  |                                                                                                                       |                               |
| <b>NOMBRE DEL CENTRO:</b>                                                        |  | Juan Pablo II                                                                                                         |                               |
| <b>COBERTURA DEL CENTRO DE BIENESTAR :</b>                                       |  | 40                                                                                                                    |                               |
| <b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :</b>                                          |  | CARMEN ZORAYDA DELGADO ABUELLO                                                                                        |                               |
| <b>DIRECCION:</b>                                                                |  | CALLE S N° 8-53 CASCO ANTIGUO                                                                                         |                               |
| <b>TELEFONO:</b>                                                                 |  | 3204074048                                                                                                            |                               |
| <b>TIPO DE VISITA:</b>                                                           |  | Supervisión de servicios prestados a los adultos mayores a través de los convenios de la Estampilla Pro Adulto Mayor. |                               |
| <b>Hora De Visita:</b>                                                           |  | <b>Inicio:</b><br>08:00 AM                                                                                            | <b>Inicio:</b>                |
|                                                                                  |  | <b>Fin:</b><br>08:40 AM                                                                                               | <b>Fin:</b>                   |
| <b>Fecha De Visita:</b>                                                          |  | Día: 26 Mes: 11 Año: 2025                                                                                             | Día: Mes: Año: Día: Mes: Año: |
| <b>Cobertura por Visita:</b>                                                     |  | 40                                                                                                                    |                               |
| <b>Nombre del Director / Coordinador:</b>                                        |  | Zorayda Delgado.                                                                                                      |                               |



Alcaldía Municipal  
de Floridablanca

CARTA

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PROCESO: GESTION SOCIAL

CÓDIGO

GD-P-02

VERSIÓN

03

FECHA ELAB

Enero 2014

FECHA APROB

02/01/2024

TRD

500.40.10

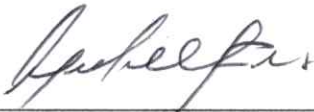
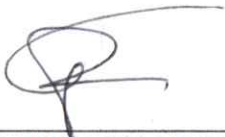
RESULTADOS DE LA VISITA A LA SUPERVISION

| SERVICIOS                                                      |     | CUMPLE                                                  |    | CUMPLE |    | CUMPLE |    |
|----------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------|----|--------|----|--------|----|
|                                                                |     | SI                                                      | NO | SI     | NO | SI     | NO |
| <b>1. OPERACIÓN EN EL SERVICIO DE ALIMENTACION</b>             |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| Minuta                                                         |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| Manipulador(a) de alimentos                                    | 2 1 | ✓                                                       |    |        |    |        |    |
| Auxiliares de mantenimiento y aseo                             | 1   | ✓                                                       |    |        |    |        |    |
| Nutricionista                                                  | 1   |                                                         | ✓  |        |    |        |    |
| <b>2. SERVICIO ORIENTACION PSICOSOCIAL</b>                     |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| Director y/o coordinador                                       | 1   | ✓                                                       |    |        |    |        |    |
| Psicólogo (a) y/o trabajador social                            | 1   |                                                         | ✓  |        |    |        |    |
| <b>3. SERVICIO ATENCION PRIMARIA EN SALUD</b>                  |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| Médico                                                         | 1   |                                                         | ✓  |        |    |        |    |
| Auxiliares de salud pública / enfermero (a)                    | 1   | ✓                                                       |    |        |    |        |    |
| Cuidadores                                                     | 2   | ✓                                                       |    |        |    |        |    |
| <b>4. SRVICIO ASEGURAMIENTO EN SALUD</b>                       |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| Servicio AME                                                   | N/A |                                                         |    |        |    |        |    |
| <b>5. SERVICIO DE CAPACITACION EN ACTIVIDADES PRODUCTIVAS</b>  |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| Instructor de actividad productiva                             | 1   |                                                         | ✓  |        |    |        |    |
| <b>6. SERVICIO DEPORTE, CULTURA Y RECREACION</b>               |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| Instructor de actividad física, recreativa y cultural          | 1   |                                                         | ✓  |        |    |        |    |
| <b>7. SERVICIO PROMOCION DEL TRABAJO ASOCIATIVO</b>            |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| Materiales para trabajar iniciativas productivas y recreativas | N/A |                                                         |    |        |    |        |    |
| <b>8. SERVICIO AUXILIO EXEQUIAL</b>                            |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| Póliza Auxilio Exequial                                        | N/A |                                                         |    |        |    |        |    |
| <b>9. SERVICIOS DE GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</b>                |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| Arriendos                                                      | N/A |                                                         |    |        |    |        |    |
| Servicio públicos (agua, luz, gas, teléfono, tv, internet)     |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| Mantenimiento de equipos y enseres                             |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| Implementos para el aseo del centro                            |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| Insumos Papelería                                              |     |                                                         |    |        |    |        |    |
| RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS DE LA SUPERVISION              |     | NO CUMPLE: NO SE ENCUENTRAN EN EL HORARIO DE LA VISITA. |    |        |    |        |    |

|                                                                                                                                   |                                        |                    |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|------------------|
| <br><b>Alcaldía Municipal<br/>de Floridablanca</b> | <b>CARTA</b>                           | <b>CODIGO</b>      | CDT-02           |
|                                                                                                                                   | <b>SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL</b> | <b>VERSIÓN</b>     | 03               |
|                                                                                                                                   |                                        | <b>FECHA ELAB</b>  | Enero 2014       |
|                                                                                                                                   |                                        | <b>FECHA APROB</b> | 02/01/2024       |
|                                                                                                                                   | <b>PROCESO: GESTION SOCIAL</b>         | <b>TRD</b>         | <b>500.40.10</b> |

### COMPROMISOS PACTADOS CON EL CENTRO DE BIENESTAR FRENTE A LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS:

( Todos los compromisos deben tener tiempo límite estipulado)

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                      |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1. COMPROMISO PACTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                      |                          |                          |
| <b>FECHA LIMITE DEL CUMPLIMIENTO DEL COMPROMISO:</b>                                                                                                                                                                                                        | Día:    Mes:    Año:                                                                 | Día:    Mes:    Año:     | Día:    Mes:    Año:     |
| <b>2. COMPROMISO PACTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                      |                          |                          |
| <b>FECHA LIMITE DEL CUMPLIMIENTO DEL COMPROMISO:</b>                                                                                                                                                                                                        | Día:    Mes:    Año:                                                                 | Día:    Mes:    Año:     | Día:    Mes:    Año:     |
| <b>NOTA:</b> Firma la presente Acta, el empleado responsable del Centro Vida, al momento de la visita de supervisión por la Secretaria de Desarrollo Social, en el caso de que no esté presente el Representante Legal y/o Director Técnico de la Fundación |  |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>FIRMA DT Y/O COOR</b>                                                             | <b>FIRMA DT Y/O COOR</b> | <b>FIRMA DT Y/O COOR</b> |
| El cumplimiento de los compromisos pactados será objeto de Verificación constante durante las próximas visitas de Supervisión                                                                                                                               |  |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>FIRMA SUPERVISION</b>                                                             | <b>FIRMA SUPERVISION</b> | <b>FIRMA SUPERVISION</b> |