CORTUNIVERSAL
CORPORACIÓN CULTURAL TURÍSTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA
13 AGO 2021
RADICADO 2 FOLIOS 372
RECIBIDO POR Sharon

Albania Caquetá, 09 de agosto de 2021

SEÑORA
SHARON YARITHZA RAMÍREZ ROMERO
REPRESENTANTE LEGAL
Centro Vida "MANUEL IGNACIO ARAGON"
Albania - Caquetá

Asunto: Entrega del Primer Informe 24 de junio al 24 julio del 2021

Cordial saludo, comedidamente me permito hacer entrega de las actividades desarrolladas dentro de mis obligaciones especificadas.

- DILIGENCIAR FORMATO DE HISTORIA DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN RESOLUCIÓN 055 DE 2018.
- SOCIALIZACIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO DEL PROGRAMA CENTRO VIDA Y BUSON DE SUGERECIAS
- MANEJO Y SEGUIMIENTO DE CASOS ESPECIALES QUE SE EVIDENCIEN EN LOS BENEFICIARIOS (MANEJO DEL DUELO, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DEPRESIÓN Y DEMÁS) Y RELACIONAR EN BITACORA.
- DILIGENCIAR FORMATOS PLAN DE ATENCION INTEGRAL A CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS RESOLUCION 055 DE 2018
- DILIGENCIAR FORMATO SOCIO-ECONOMICO A CADA UNO DE LOS 80 BENEFICIARIOS

Esto para su conocimiento y fines pertinentes.

Quedo atenta a cualquier inquietud.

Cordialmente,

ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO
T.P 213262
PSICOLOGA

Anexos
-Informe de actividades
-catorce (14) folios de planillas de asistencia de beneficiario
-Doscientos cuarenta (240) folios de formato Socio Económico
-Planilla de seguridad
-Cuenta de cobro
-Documento soporte
-Dos (2) folios Acta de apertura del buzón de sugerencias.
-Diez (10) folios de Acta de socialización del reglamento interno

Escaneado con CamScanner

Objeto	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO PSICOLOA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CARGO EN EL CENTRO VIDA, EN EL MARCO DEL CONVENIO DE ASOCIACION NºCO1.PCCNTR.2607201 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE ALBANIA CON LA CORPORACIÓN CULTURAL, TURÍSTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL**	PERIODO	**24 junio-24 julio**

Supervisor	**LAURA SOFIA ESPINOSA**	Objeto	**PSICOLOGA**

Nombre	**ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO**	Documento	**1.117.504.904**

OBLIGACIÓN – NUMERAL 1	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Desarrollo de atención cognitiva, **productiva, mental y social** dirigidas para prevenir el efecto de las patologías que surgen de la tercera edad, orientada por un profesional de ciencias de la salud o ciencias humanas con duración de 2 horas cada charla dictadas todas las semanas, para los 80 beneficiarios del área urbana durante el plazo de ejecución del Convenio.	Se prestó atención integral a los 80 beneficiarios que asisten a las instalaciones del centro vida y a los usuarios que están en casa con patologías especiales según cronograma establecido por durante el periodo 24 de junio al 24 de julio
OBLIGACIÓN– NUMERAL 2	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Diligenciar Formatos de historias de vida de las personas mayores según Res 005 de 20218	Se diligencio formatos de historia de vida a cada uno de los 80 beneficiarios del programa centro vida, en los cuales están los asistentes a las instalaciones y no asistentes.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 3	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Valoración inicial, diligenciar formato valoración integral a cada uno de los beneficiarios	Se diligencio formatos valoración integral a cada uno de los 80 beneficiarios del programa centro vida, en los cuales están los asistentes a las instalaciones y no asistentes, donde se logró observar los casos de estado depresivos y problemas cognitivos que se presentan en
OBLIGACIÓN – NUMERAL 4	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Elaboración del Plan de Atención integral para cada uno de los beneficiarios del programa centro vida Res 005 del 2018	Se elabora el Plan de Atención Integral a cada uno de los 80 beneficiarios del centro vida Manuel Ignacio Aragón, se diligencia de acuerdo a la valoración inicial de cada uno de los beneficiaros.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 5	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Realizar revisión de las bitácoras en el formato establecido al finaliza el contrato	Se Realiza
OBLIGACIÓN – NUMERAL 6	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Diligenciar bitácora de registro de la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de atención integral Res 005 de 2018	Se diligencia bitácoras al finalizar las actividades de acuerdo al cronograma previsto para el mes, donde se plasma lo realizado con cada uno de los 80 beneficiaros del centro vida Manuel Ignacio Aragón

OBLIGACIÓN – NUMERAL 7	GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES
Participar en los procesos de inducción al personal y fortalecimiento de capacitaciones que se programan desde la corporación cultural, artística, ambiental y deportiva turmalina universal CORTUNIVERSAL	Se Realiza
OBLIGACIÓN – NUMERAL 8	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Participar en la formación de atención de emergencias y primer respondiente	Se Realiza
OBLIGACIÓN – NUMERAL 9	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Participar en la capacitación para certificación de prevención contra incendios y condiciones sanitarias y ambientales que programa la Corporación cultural, turística, ambiental y deportiva turmalina universal CORTUNIVERSAL	Se Realiza
OBLIGACIÓN – NUMERAL 10	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Entregar mensualmente un Backus de los instrumentos, documentos, actividades, registros fotográficos y demás evidencias que generen en la ejecución de sus obligaciones contractuales.	Se Realiza
OBLIGACIÓN – NUMERAL 11	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Mantener la confidencialidad y no divulgación de la información y de los hechos que ocurran el interior de las instalaciones del programa y que solo interesen al desarrollo del mismo	Se Cumple
OBLIGACIÓN – NUMERAL 12	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Velar por la organización de espacios asignados para el almacenamiento de los materiales, suministros e insumos y elementos del área de trabajo	Se Realiza
OBLIGACIÓN – NUMERAL 13	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Entrega del informe de actividades, cuenta de cobro, cronograma de actividades y planillas de seguridad social, documentos soporte en las fechas estipuladas por este para el cumplimiento de los tiempo	Se Cumple

establecidos de los tiempos establecidos en cumplimento al cronograma ejecutado.	
OBLIGACIÓN – NUMERAL 14	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Relacionar en el cronograma de trabajo los materiales necesarios para las actividades a desarrollar durante el mes.	Se Realiza
OBLIGACIÓN – NUMERAL 15	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Cumplir con el reglamento interno del centro vida, y velar por la buena relación con los beneficiarios y el buen ambiente con los beneficiarios.	Se Realiza
OBLIGACIÓN – NUMERAL 16	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Asistir a las reuniones convocadas por la Corporación cultural, turística, ambiental y deportiva turmalina universal CORTNIVERSAL	Se Realiza
OBLIGACIÓN – NUMERAL 17	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Apoyo en actividades especiales (dia de la madre, del padre y del adulto mayor)	N/A
OBLIGACIÓN – NUMERAL 18	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Acompañamiento y apoyo en las actividades especiales	Se Cumple
OBLIGACIÓN – NUMERAL 19	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Participar en las actividades de tipo social que se programen desde la corporación cultural, turística, ambiental y deportiva turmalina universal CORTINIVERSAL	Se Realiza
OBLIGACIÓN – NUMERAL 20	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**

Recoger planillas de asistencia de las actividades específicas que desarrolle en su área con los beneficiarios del programa	Se recogen las planillas de asistencia de acuerdo a las actividades programadas en el cronograma de actividades ajustado de acuerdo al mes correspondiente
OBLIGACIÓN – NUMERAL 21	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Manejo y seguimiento de casos especiales que se evidencian en los beneficiarios (manejo del duelo, violencia intrafamiliar, depresión, y demás) y relacionar en bitácoras.	N/A
OBLIGACIÓN – NUMERAL 22	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Socialización del manual de buen trato del programa centro vida	Se socializo Manual de buen trato de programa centro Vida Manuel Ignacio Aragón con los beneficiarios asistentes a las instalaciones.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 23	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Socialización del reglamento interno de beneficiarios del programa centro vida	Se Socialización del reglamento interno de beneficiarios del programa centro Vida Manuel Ignacio Aragón con los beneficiarios asistentes a las instalaciones.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 24	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Generar gestión de promover actividades socioculturales, ocupacionales, artísticas y recreativas para prevenir situaciones de deterioro físico y/o cognitivo que van unidas a procesos de envejecimiento para los beneficiarios asistentes al centro vida.	N/A
OBLIGACIÓN – NUMERAL 25	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Taller de técnicas para el desarrollo cognitivo	N/A
OBLIGACIÓN - NUMERAL 26	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**

Taller lúdico de percepción	N/A
OBLIGACIÓN – NUMERAL 27	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Actividades que pueden ayudar a reducir el riesgo de pérdida de memoria en la tercera edad	N/A
OBLIGACIÓN – NUMERAL 28	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Taller promover la expresión de sentimientos hacia las personas con quienes interactúan frecuentemente	N/A
OBLIGACIÓN– NUMERAL 29	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Realizar junto con la supervisión delegada un cronograma de actividades para llevar organizadamente las actividades a realizar	Se Realizo
OBLIGACIÓN – NUMERAL 30	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Taller desarrollo de habilidades necesarias para la comunicación asertiva	Se realizó charla con los beneficiarios asistentes y no asistentes a las instalaciones del centro vida sobre el tema comunicación asertiva, donde se le explica La comunicación es el acto por medio del cual las personas se expresan a través de palabras (verbales o escritas), gestos, señas, actitudes, entre otros. Y se sabe que más que el mensaje transmitido de un emisor a un receptor, existen otras variables relevantes a la hora de comunicar, como, por ejemplo: el tono utilizado, el uso o no de sarcasmo, el volumen y conductas que acompañen dicho mensaje; variables que influyen en la forma en que el receptor recibe el mensaje y reacciona ante él. Sabemos que el tema es importante porque muchos de los problemas interpersonales suceden debido a que las personas desconocen cómo comunicarse de forma asertiva. Este tipo de comunicación es el ideal y se diferencia de un estilo agresivo, en el que la persona violenta los derechos de otra persona y un estilo pasivo en el que, al contrario del agresivo, la persona no hace valer sus derechos, opiniones o deseos.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 31	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Taller promover la conciencia de utilidad y autoestima en los mayores	N/A
OBLIGACIÓN – NUMERAL 32	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Taller para prevenir y/o intervenir sobre sintomatología depresiva	N/A
OBLIGACIÓN – NUMERAL 33	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**

Prestar servicios de apoyo a cualquier eventualidad que se presente dentro de las instalaciones del centro vida	Se Realiza
OBLIGACIÓN – NUMERAL 34	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Realizar actividades en cumplimiento al cronograma a 80 beneficiarios	Se cumplen con las actividades dispuestas en el cronograma de actividades de acuerdo a lo pactado con la supervisora.
OBLIGACIÓN– NUMERAL 35	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Realizar visitas personalizadas a los beneficiarios que no asisten a las instalaciones del centro vida en cumplimiento al cronograma	Si se cumple de acuerdo al cronograma de actividades previstas para el mes.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 36	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Realizar actividades grupales e individuales a los beneficiarios que asisten a las instalaciones del centro vida en cumplimiento al cronograma	Si se cumple de acuerdo al cronograma de actividades previstas para el mes.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 37	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Presentar a la supervisión del centro vida una acta de apertura de buzón de peticiones quejas, reclamos y sugerencias	Se realiza acta de apertura del buzón de sugerencias en compañía de la coordinadora del centro vida Manuel Ignacio Aragón.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 38	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Pago de seguridad social	Se realizan los pagos correspondientes del mes de junio y julio los cales se anexan planillas al informe como constancia que si se cancela la seguridad social.

OBLIGACION / PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
PAGO PERIODO DE 24 JUNIO HASTA 24 JULIO 2021 CORRESPONDIENTE AL PERIODO A CANCELAR DE LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE ACUERDO A LA LEY.	Adjunto los certificados de afiliación a salud, pensión y riesgos profesionales

SALUD	ASMET SALUD	$26.500
PENSION	PORVENIR	$34.000
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	$ 1.200
TOTAL PAGADO		$ 61.700

SALUD	ASMET SALUD	$113.600
PENSION	PORVENIR	$145.400
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	$ 4.800
TOTAL PAGADO		$ 263.800

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

OBLIGACIÓN– NUMERAL 2	DILIGENCIAR FORMATOS DE HISTORIAS DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN RES 005 DE 20218
	
	

	
OBLIGACIÓN – NUMERAL 3	
	

OBLIGACIÓN – NUMERAL 4	ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA RES 005 DEL 2018



OBLIGACIÓN – NUMERAL 5	REALIZAR REVISIÓN DE LAS BITÁCORAS EN EL FORMATO ESTABLECIDO AL FINALIZA EL CONTRATO



OBLIGACIÓN – NUMERAL 20	RECOGER PLANILLAS DE ASISTENCIA DE LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS QUE DESARROLLE EN SU ÁREA CON LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA









Carrera 6B N° 3A-06 B/ Centro -Celular -3226846186
E-mail: cortuniversal@gmail.com
www.cortuniversal.blogspot.com
http://contuniversal.com





OBLIGACIÓN – NUMERAL 22, 23	SOCIALIZACIÓN DEL MANUAL DE BUEN TRATO DEL PROGRAMA CENTRO VIDA Y LA SOCIALIZACIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO DE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA
	

OBLIGACIÓN – NUMERAL 30	TALLER DESARROLLO DE HABILIDADES NECESARIAS PARA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA







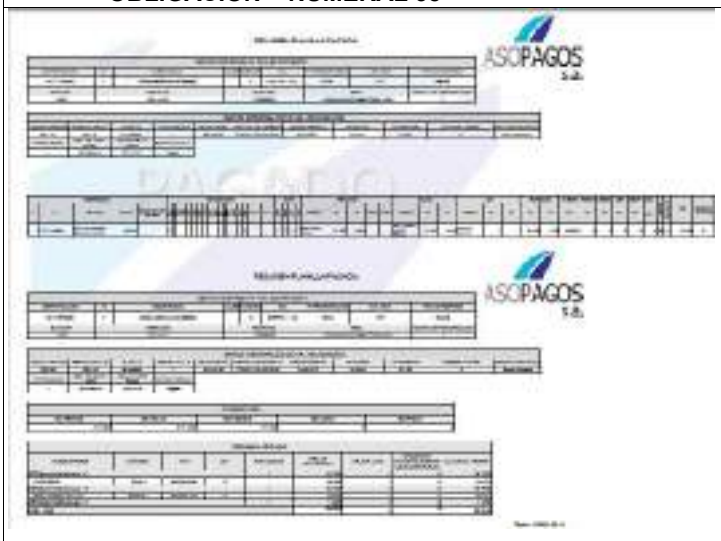






Carrera 6B N° 3A-06 B/ Centro -Celular -3226846186
E-mail: cortuniversal@gmail.com
www.cortuniversal.blogspot.com
http://contuniversal.com

OBLIGACIÓN – NUMERAL 37	PRESENTAR A LA SUPERVISIÓN DEL CENTRO VIDA UNA ACTA DE APERTURA DE BUZÓN DE PETICIONES QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS
	

OBLIGACIÓN – NUMERAL 38	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL
	

		
FIRMA CONTRATISTA	**FECHA DE ENTREGA**	**Vº Bº SUPERVISOR**

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ABDIAS MENDEZ OLAYA

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ABDON RODRIGUEZ BETANCOURT

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: AGUSTÍN TRUJILLO CALDERON

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar bien

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ALEJANDRO ARTURO ROMERO

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo

21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar severo

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ALICIA TABORDA DE TRUJILLO

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo moderado

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ANA BEATRIZ ORTIZ LOPEZ

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ANA MATILDE ALVAREZ

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ANA ROSA ANTURI

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo moderado

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: AURECELY ROJAS CORDOBA

Diagnóstico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo

Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ANGELMIRO SALINAS BARRERA

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo medio

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:

0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: BALBINA PERDOMO ARTUNDUAGA

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: BEATRIZ ROBLES

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: BERNARDA LEITON DE BAHOS

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar

8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: BERTHA ZAMUDIO DE CABRERA

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo moderado

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: BLANCA INÉS VARGAS MEJIA

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo

Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar intermedia

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: BLANCA OTILIA PALECHOR

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: CARMEN ROSA VILLA QUINCHIA

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiaria con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: DEYANIRA LOPEZ

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas

Beneficiaria con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: DIMAS CARVAJAL PLAZAS

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ELCIRA GOMEZ PALECHOR

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo moderado

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ELIA MARIA CABRERA DE TABORDA

Diagnóstico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ELIECER CALDERON STERLING

Diagnóstico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo severo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ELOY OLAYA AUDOR

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:

27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo moderado

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ELVIRA CALDERON

Diagnóstico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia

≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiaria con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: EMILIA MUÑOZ CABRERA

Diagnóstico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiaria con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ENELIA MUÑOZ DE CALDERÓN

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio

11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiaria con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ERASMO SIERRA SIERRA

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: EVELIA SILVA

Diagnóstico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: EZEQUIEL PIMENTEL

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:

0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: FATTY PARRA DE GAVIRIA

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: GENTIL CRUZ BECERRA

Diagnóstico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: GENTIL LOPEZ CABRERA

Diagnóstico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: GLADYS FERNANDES ALEY

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: GLORIA MARIA FAJARDO

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO

Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: HÉCTOR ROBLEDO NOVOA

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo

Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: HELI ANTURI VALBUENA

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: HELSIN MIRIAM ORTIZ DE ALAYA

Diagnóstico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: HERLINDA DUQUE DE RICO

Diagnóstico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo moderado

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: HERMENCIA OLAYA DE GAVIRIA

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: HUMBERTO GUTIERREZ TAMAYO

Diagnóstico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas

Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: JAIME CUELLAR RAMOS

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ISRAEL CABRERA CARVAJAL

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo

21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar intermedia

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: IVAN COLLAZOS

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: JESUS MARIA AROCA PEDRAZA

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: JESUS MARIA VALDERRAMA

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas

5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: JOSE APOLICAN AYALA PRIETO

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: JOSE SEGUNDO ERAZO CABRERA

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: JOSE WILSON ALVAREZ GUTIERREZ

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar

8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: JUAN EUDES GAVIRIA BERMEO

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: JUDITH VASQUEZ

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado

0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: JULIO SAPUYES

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiarios con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: LIGIA GARCIA DE SANCHEZ

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo moderado

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: LORENZO COLLAZOS ORTIZ

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: LUIS COLLAZOS ORTIZ

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar intermedia

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: LUIS FRANCISCO ZUÑIGA VIDAL

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: LUZ GERARDINA BUITRON

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas

Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: MARGARITA VARGAS DE STERLING

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: MARIA DEL CARMEN CASTRO

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO

Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: MARIA ELVIRA RAMOS

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo

Beneficiario con situación socio buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: MARIA ELVITA GOMEZ

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buen

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: MARIA ILMA ANTURI

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado

0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: MARIA JOSEFA MOTTA

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: MARIA LUCELIDA RODRIGUEZ

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: MARIA MATILDE ARENAS

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: MARIA NELCY CABRERA DE SOTO

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: MARIA OLIVA POLANIA

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: MARIA SENOBIA DIAZ MAHECHA

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas

5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: NORBERTO GOMEZ

Diagnóstico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: OTONIEL MONTOYA ISAZA

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ROSALBA CABRERA DE ALVAREZ

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas

Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ROSA CUBILLOS GASCA

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ROSALBA CABRERA

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ROSALBA VILLARREAL

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: ROSANA AUDOR

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: RUFINA ROMERO GRANADOS

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: SILVIO ALARCÓN

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar

8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar intermedia

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: SOTERO CARABALY

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar intermedia

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: TERESA ESQUIVEL

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio

11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: TOMAS SAMBONI SAMBONI

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario con sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: TORIVIO PAJAJOY

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: VICTOR IMBACHI CHILITO

Diagnostico psicológico:
ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario con deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

CORTUNIVERSAL
Corporación Cultural Turística Ambiental y Deportiva
TURMALINA UNIVERSAL

Abania
HUMILDAD · EXPERIENCIA · GESTIÓN
HAROLD ALBERTO PÉREZ CUÉLLAR

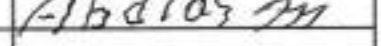
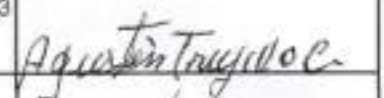
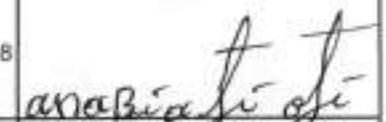
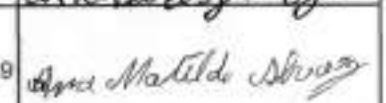
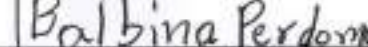
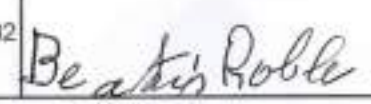
CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD: Charla y actividad lúdica entorno a la comunicación asertiva

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
1	17,627,319	ABDIAS MENDEZ OLAYA	3132403605	
2	6,666,737	AGUSTIN TRUJILLO CALDERON	3212847383	
3	79.276.339	ALEJANDRO ARTURO ROMERO		
4	26631095	ALICIA TABORDA	3208185830	
5	40.758.874	ANA BEATRIZ ORTIZ LOPEZ	3175917858	
6	26.623.792	ANA MATILDE ALVARES	3142578249	
7	26.435.490	ANA ROSA ANTURI	3213221306	
8	26.628.504	AURECELY ROJAS CORDOBA	3125626025	
9	4.953.537	ANGELMIRO SALINAS BARRERA	3118567550	
10	26.630.165	BALBINA PERDOMO ARTUNDUAGA	31155448298	
11	40.725.020	BEATRIZ ROBLES	3108059532	

Carrera 6B N° 3A-06 B/ Centro -Celular -3226846186
E-mail: cortuniversal@gmail.com
www.cortuniversal.blogspot.com
http://contuniversal.com

CORTUNIVERSAL
Corporación Cultural Turística Universal y Deportiva
TURMALINA UNIVERSAL

Albania
HUMILDAD · EXPERIENCIA · GESTIÓN
HAROLD ALBERTO PÉREZ CUÉLLAR

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD:	charla y actividad lúdica entorno a la comunicacion asertiva

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
12	26.628.615	BERNARDA LEITON DE BAHOS	3132365478	Bernarda
13	27,358,807	BERTHA ZAMUDIO DE CABRERA	3142899884	Berta
14	26.631.562	BLANCA INES VARGAS MEJIA	3124834220	
15	36.110.033	BLANCA OTILIA PALECHOR	3108482110	Blanca Otilia Pa
16	36,171,636	CARMEN ROSA VILLA QUINCHIA	3202319825	Carmen
17	48.607.805	DEYANIRA LOPEZ	3219129430	Deyanira Lopez
18	4.960.991	DIMAS CARVAJAL PLAZAS	3102114175	Dimas Carvajal
19	40.763.443	ELCIRA GOMEZ PALECHOR	3138880283	
20	26631520	ELIA MARIA CABRERA DE TABORDA	3115900096	
21	4.959.361	ELIECER CALDERON STERLING	3212890931	
22	4.961.052	ELOY OLAYA AUDOR	3115794291	

Carrera 6B N° 3A-06 B/ Centro -Celular -3226846186
E-mail: cortuniversal@gmail.com
www.cortuniversal.blogspot.com
http://contuniversal.com

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD: charla y actividad ludica entorno a la Comunicacion asertiva

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
23	26.615.221	ELVIRA CALDERON	3115963081	
24	26.628.635	EMILIA MUÑOZ CABRERA	3102114175	
25	26.569.929	ENELIA MUÑOZ De CALDERON		
26	96.357.667	ERASMO SIERRA SIERRA		Erasmo
27	63.273.592	EVELIA SILVA	3172517223	Evelia silva
28	4.960.576	EZEQUIEL PIMENTEL	3044783478	
29	36.273.513	FATTY PARRA DE GAVIRIA		Fatty parra
30	4.961.099	GENTIL CRUZ BECERRA		Gentil Cruz
31	19.283.713	GENTIL LOPEZ CABRERA	3123328599	gentil lopez c
32	36.153.805	GLADYS FERNANDES ALEY		
33	26,596,640	GLORIA MARIA FAJARDO	3125804462	Gloria Fajardo

Carrera 6B N° 3A-06 B/ Centro -Celular -3226846186
E-mail: cortuniversal@gmail.com
www.cortuniversal.blogspot.com
http://contuniversal.com

CORTUNIVERSAL
Corporación Cultural Nacional Universal - Deportiva
TURMALINA UNIVERSAL

Abania
HUMILDAD - EXPERIENCIA - GESTIÓN
HAROLD ALBERTO PÉREZ CUELLAR

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD:	charla y actividad ludica entorno a la comunicacion asertiva

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
34	17.680.408	HECTOR ROBLEDO NOVOA	3124879343	Hector R
35	4,960,092	HELI ANTURI VALBUENA	3115328586	
36	26.631.360	HELSIN MIRIAM ORTIZ DE AYALA	3123032572	
37	25.137.255	HERLINDA DUQUE DE RICO	3134736359	
38	40.726.802	HERMENCIA OLAYA de GAVIRIA	3115794291	Hermencia Olaya
39	4.961.409	HUMBERTO GUTIERREZ TAMAYO		
40	6.767.192	JAIME CUELLAR RAMOS	3118533296	Jaime Cuellar
41	17682039	ISRAEL CABRERA CARVAJAL		X Israel Cabrera
42	17.637.602	IVAN COLLAZOS		
43	2,237,974	JESUS MARIA AROCA PEDRAZA	3132646894	
44	49.609.39	JESUS MARIA VALDERRAMA		Jesus Maria Valderrama

Carrera 6B N° 3A-06 B/ Centro -Celular -3226846186
E-mail: cortuniversal@gmail.com
www.cortuniversal.blogspot.com
http://contuniversal.com

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD: Charla y actividad ludica entorno a la Comunicacion asertiva

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
45	4.961.424	JOSE APOLICAN AYALA PRIETO	3115170193	
46	1.860.404	JOSE SEGUNDO ERAZO CABRERA		
47	49.611.12	JOSE WILSON ALVAREZ GUTIERREZ	3212043084	
48	4.960.916	JUAN EUDES GAVIRIA BERMEO		
49	26.628.362	JUDITH VASQUEZ	3214487506	
50	5,960,476	JULIO SAPUYES	3173255223	
51	26.631.401	LIGIA GARCIA DE SANCHEZ	3202512371	
52	17.635.924	LORENZO COLLAZOS ORTIZ		
53	4,961,346	LUIS COLLAZOS ORTIZ	3124834220	
54	4,961,023	LUIS FRANCISCO ZUÑIGA VIDAL	3132151743	
55	26.629.386	LUZ GERARDINA BUITRON	3204704973	

CORTUNIVERSAL
Corporación Cultural Sportiva Ambiental y Deportiva
TURMALINA UNIVERSAL

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

Abania
HUMILDAD · EXPERIENCIA · GESTION
HAROLD ALBERTO PEREZ CUELLAR

TIPO DE ACTIVIDAD:	Charla y actividad ludica entorno a la Comunicacion asertida

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA Ó HUELLA
56	26,631,079	MARGARITA VARGAS DE STERLING	3115422981	
57	26.631.932	MARIA DEL CARMEN CASTRO	3144638639	Maria del Carmen Castro
58	26.627.494	MARIA ELVIRA RAMOS	3108079835	
59	26,631,431	MARIA ELVITA GOMEZ	3143099834	
60	26.631.171	MARIA ILMA ANTURI	3212690931	
61	26.611.228	MARIA JOSEFA MOTTA	3144561462	Maria Jose de M.
62	26.631.380	MARIA LUCELIDA RODRIGUEZ	3125650000	
63	26.631.516	MARIA MATILDE ARENAS	3118365919	Matilde Arenas
64	26.628.210	MARIA NELCY CABRERA DE SOTO		X 
65	26.631.270	MARIA OLIVA POLANIA	3144060705	M Oliva Polania
66	20.810.599	MARIA SENOBIA DIAZ MAHECHA	3103009400	

CORTUNIVERSAL
Corporación Cultural Nacional Universal y Deportiva
TURMALINA UNIVERSAL

Abania
HUMILDAD • EXPERIENCIA • GESTIÓN
HAROLD ALBERTO PEREZ CUELLAR

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD: charla y actividad ludica entorno a la comunicacion asertiva

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
67	1.657.595	NORBERTO GOMEZ		
68		OTONIEL MONTOYA ISAZA		otoniel Montoya
69	26.631.487	ROSALBA CABRERA DE ALVAREZ		Rosalba C
70	40.761.632	ROSA CUBILLOS GASCA	3217047382	RosacuBillo
71	26.611.819	ROSALBA VILLA REAL		
72	26.572.911	ROSANA AUDOR	3213254815	
73	26.627.814	RUFINA ROMERO GRANADOS	3219939810	
74	4.938.316	SILVIO ALARCON	3115474980	Silvio
75	1.465.973	SOTERO CARABALY		
76	20.114.298	TERESA ESQUIVEL		
77	4.925.173	TOMAS SAMBONI SAMBONI		X 

CORTUNIVERSAL
Corporación Cultural Social Ambiental y Deportiva
TURMALINA UNIVERSAL

Albania
HUMILDAD · EXPERIENCIA · GESTIÓN
HAROLD ALBERTO PÉREZ CUÉLLAR

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD:	charla y actividad lúdica entorno a la comunicacion asertiva

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
78	4.917.096	TORIVIO PAJAJOY		
79	4.927.617	VICTOR IMBACHI CHILITO	3214019408	V. Imbachi
80	189368	ABDON RODRIGUEZ B		

Carrera 6B N° 3A-06 B/ Centro -Celular -3226846186
E-mail: cortuniversal@gmail.com
www.cortuniversal.blogspot.com
http://contuniversal.com

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Abdias Mendes Olaya mayor de edad, identificado con cedula N. 17627319. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Abdias Mendez
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Abdias Mendez Olaya
Edad: 69
Fecha de nacimiento: 30-octobre-1953
Lugar: Florenga
Escolaridad: Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Viudo
Nombre del papá: Feliz Mendez
Nombre de la mamá: Maria Olaya
Nombre de la esposa: Evangelina Cabrera
Nombre los hijos: Jorge-Eugenia-Norma-Eduardo-maria-Carlos

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
le gustaba ir a todas partes vivia en una finca trabajo siempre en el campo

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Salia para todas partes, mantenia con su padre y cuando salia era para vender el ganado

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
trabajo se caso, murio su esposa y ya los hijos estaban grandes formados y cada uno con su hogar

ASÍ SOY AHORA:
Se enfermo y casi se muere en venezuela y nadie vive con el mantiene solo en su casa.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario trabajador a pesar de su discapacidad, extraña a quien en vida fue su esposa y sus hijos no estan pendientes de el.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Abdon Rodriguez Betancourt mayor de edad, identificado con cedula N. 1139368. Autorizo al profesional en psicología Adriana Maria Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Abdon Rodriguez Betancourt
Edad: 85
Fecha de nacimiento: 20 enero 1934
Lugar: Cundinamarca
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viudo
Nombre del papá: felix Antonio Rodriguez
Nombre de la mamá: Ana Maria Betancourt
Nombre de la esposa: Mercedes Garcia
Nombre los hijos: Gustavo, carlos, fernando, Marina, ana, caudilio

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Trabajo desde muy pequeño ya que su Padre los sacaba al campo hacer trabajos manuales

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Con el paso de los años sus hermanos viajaron a otros Pueblos a trabajar y el quedo solo con sus padres trabajando solo pudo esludiar un mes.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Luego conocio a su esposa se caso tuvo sus hyos y siguio trabajando para sacarlos adelante, despues de mucho tiempo su esposa muere y el se viene para el pueblo y Construyo su casa

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente por sus enfermedades vive con una hya quien vela por que nada le falte Junto con la ayuda de sus otros Hyos quien colaboran en lo que ellos Puedan

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario muy trabajador
muy calmado a la hora
de la visita y presto a la
actividad.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 218262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las caracteristicas y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo lo solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaria que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, asi como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Agostin Trujillo Calderon mayor de edad, identificado con cedula N. 6.666 737. Autorizo al profesional en psicologia Adriana Maria Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Asi mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Agostin Trujillo C.
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 09-Julio-2021

Nombre y apellidos: Agustin trujillo calderon
Edad: 81
Fecha de nacimiento: 12-07-1940
Lugar: Suaza
Escolaridad: 2 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Viudo
Nombre del papá: Frolan trujillo sierra
Nombre de la mamá: Mercedes calderon
Nombre de la esposa: Maria Lourdes Urazan
Nombre los hijos: Nilfa-Cecilia-Mercedes-Yolanda-Maria edith-Analgia

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Jugaba en el rio, vivia con los padres y hermanos ayudaba al padre en los oficios del campo muere su madre y a causa de eso no pudo seguir estudiando ya que le toco ayudar en la crianza de su hermanos menores

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Siguio trabajando en la finca con su padre el siguio ayudando en la crianza de sus hermanas, siempre vivieron en la finca y era muy dificil el estudiar ya que era muy lejos de su casa al colegio

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Se fue a pagar servicio, termno su servicio militar, regreso a casa de su padre y sus hermanas consiguen sus hogares el tambien consiguio su esposa se caso tuvieron sus hijos siguio trabajando en el campo, con el paso de los años, criaron sus hijos consiguio sus hogares y decide venirse al pueblo con su esposa la esposa muere quedando solo.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive solo, las hijas estan pendiente de el lo llaman, le ayudan en lo que ell mas necesite aveces vienen los nietos a visitarlo

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario muy trabajador colaborador y calmado, se observa que aun a la edad que tiene le gusta trabajar y cuidador de sus animales.

No presenta ningun problema mental ni emocional

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana M. Palacio T.P. 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, asi como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Alejandro Arturo Romero Suarez mayor de edad, identificado con cedula N. 79276339. Autorizo al profesional en psicología Adriana M. Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Alejandro Arturo Romero Soarez
Edad: 58
Fecha de nacimiento: 5-02-1963
Lugar: Bogota
Escolaridad: 3 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltero
Nombre del papá: Romero Rojas German
Nombre de la mamá: Florinda Soarez de Romero
Nombre de la esposa:
Nombre los hijos:

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Lo castigaban por no hacer sus necesidades o hacer algun daño no se llevaba con su familia ya que desde el vientre la madre muere y consigue una nueva mujer una costena, ella lo maltrataba y su padre tambien lo maltrataba, un tio tiene una imprenta y los tios no lo dejaban salir.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
lo pusieron a estudiar aprendio a leer y escribir leia mucha historia e historietas de selva le gustaba ver peliculas de guerra y novelas viejas, el padre lo castigaba por que no sabia sumar y restar, no lo dejaban salir salia donde sus amigos pero muy rara vez su padre lo castigaba por que no lo ayudaba en la elaboracion del apartamento

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
a los 20 años se viene para el caqueta ya que su padre lo queria matar volvio con su padre pero el y su tio lo trataron mal y el decide devolverse nuevamente al caqueta una vecina conocio su familia y por eso ella se lo trajo para el caqueta y esta aca desde entonces. el padre siempre lo amenazo de muerte y el no sabe nada de su familia desde entonces

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive solo solo con la ayuda de vecinos lo ayuda una vecina peluquera y electricista, ella le ayuda a el en lo que mas puede y lo dejan lavar la ropa y colaboran en lo que el necesita unos hermanos se comunicaron con el hace un tiempo pero ya no se hablan sabe que su padre esta enfermo pero el no tiene mas tratos con ellos.

Abania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario tiene mala funcionalidad familiar y social, es un pasiente psiquiatrico,

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Alicia Taborda mayor de edad, identificado con cedula N. 26631095. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Alicia Taborda
Edad: 91
Fecha de nacimiento: 03-02-1930
Lugar: Bolivar Antioquia
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Alberto Antonio Taborda
Nombre de la mamá: Alejandra Molina
Nombre de la esposa: Octavio Trujillo
Nombre los hijos: Luis Alberto

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Trabajo siempre cogiendo cafe, haciendo los oficio de la casa

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

fue bien trabajando en cafetales y ayudaba a su madre en los oficios de la casa

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Se vino para el caqueta y consiguio esposo Fue trabajador y muy buen esposo se caso en Belen tuvo un hijo y luego el esposo falleco

ASÍ SOY AHORA:

Ahora esta bien vive con su hijo la tratan bien y no la hacen sentir mal, ya que la quieren mucho.

Abania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion Suministrada por la beneficiaria podemos observa que es una persona trabajadora, amorosa y entregada a su familia

la beneficiaria no presenta ningun trastorno ni enfermedad mental que amerite intervencion

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Patiño **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Ana Beatriz Ortiz Lopez mayor de edad, identificado con cedula N. 40.758.674. Autorizo al profesional en psicología Adriana Maria Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 28 Julio 2021

Nombre y apellidos: Ana Beatriz Ortiz Lopez
Edad: 65 años
Fecha de nacimiento: 11 septiembre 1956
Lugar: Belen de los Andaquies
Escolaridad: 4 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casada
Nombre del papá: Juan Francisco ortiz
Nombre de la mamá: Saimira lopez
Nombre de la esposa: Carlos Arturo Zuñiga
Nombre los hijos: Ana cecilia, Martha lucia, Sandra, Damian, Yoan, Isabella

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Tuvo su infancia (crianza) en el campo, quedo huerfana, hasta que su madre desaparecio, ya que la madrina la maltrataba, ayudaba en labores del campo.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Siempre toco trabajar para sustentar sus gastos, trabajaba de niñera y en casa de familia, luego al tiempo vivio con su madre, luego conocio a un joven.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
se caso joven, tuvo dos hijos, criaron sus hijos juntos, el trabajaba para solventar los gastos, mientras ella se dedico a criar los hijos y al hogar

ASÍ SOY AHORA:
Vive con un hijo, ya no labora por motivo de salud, el estado es un poco más delicado con sus hernias. ya no puede laborar, esta medicada por tal motivo, su hijo le solventa en lo que más pueda los gastos.

Albania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS: Con la información suministrada por la beneficiaria podemos observar que es una persona trabajadora, amorosa y entregada a su familia.

La beneficiaria no presenta ningun trastorno ni enfermedad mental que amerite la intervención por ser una persona equilibrada, mentalmente y emocionalmente

Firma del profesional: _____

Nombre: _____ **T.P.** _____

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Ana Matilde Alvarez de Graja mayor de edad, identificado con cedula N. 26623792. Autorizo al profesional en psicología Adriana Maria Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

x Ana Matilde Alvarez

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 1 julio 2021

Nombre y apellidos: Ana Matilde Alvarez de Granja
Edad: 76
Fecha de nacimiento: 26-enero-1945
Lugar: Purificacion Tolima
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Luis Alvarez
Nombre de la mamá: Sergia Mendez
Nombre de la esposa: Stefan Granja
Nombre los hijos: Marianith-Jose Esperanza-faiber-nicolas.

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Los padres eran muy estrictos nunca les faltaba nada vivian en el campo, ayudo a su madre en los labores del hogar.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Ayudo a criar a sus hermanos, trabajaba desde temprano en labores de casa y trabajo con su padre tambien conoció a su esposo se salio de la casa de sus padres y formo su hogar.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
se caso con su esposo y siguio en el campo trabajando con el llegaron los hijos los criaron el esposo enferma y murio quedando su hijo de ano y medio, la hija mayor le ayudo en lo que podia siguio trabajando crio sus hijos consiguieron su hogar y con el paso del tiempo se trajeron para el pueblo

ASÍ SOY AHORA:
Ahora vive sola pero dos hijos estan muy pendientes de ella le ayudan en lo que necesita siempre estan pendientes de ella y la hija que esta en canada tambien esta atenta a lo que necesita.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion suministrada por la beneficaria, observamos que es una persona trabajadora. y entregada asu hogar

la beneficiaria no presenta problemas que amerite intervencion ya que no presentra problemas mental ni emocional. que

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Ana Rosa Antury mayor de edad, identificado con cedula N. 63 273 592. Autorizo al profesional en psicología Adriana María Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Ana Rosa Antury
Edad: 84
Fecha de nacimiento: 7-05-1937
Lugar: Acevedo Huila
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Jesus Martinez
Nombre de la mamá: Vicenta Antury
Nombre de la esposa: Ramos Montilla
Nombre los hijos: Carmen y Ramon

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Huerfana desde muy Pequeña, le gustaba ir al rio, le ayudaba en las labores del hogar a la señora el cual fue quien la crio.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

Muy trabajadora en las labores del hogar.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Trabajaba en labores del hogar, se enamoro tuvo sus hijos, Crio sus hijos los saco adelante vive en la casa que sus padres le dio y el cual esta radicado.

ASÍ SOY AHORA:

Vive con la nuera, le alerca las ordenes que le dan y no trabaja por la edad.

Albania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la información suministrada por la beneficiar podemos observar que es una persona trabajadora, amorosa y entregada a su familia.

la beneficiar no presenta ningun trastorno ni enfermedad mental que amerite la intervencion por ser una persona equilibrada emocional y mentalmente

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana María Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Auracely Rojas Cordoba mayor de edad, identificado con cedula N. 26.628.504. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palaao, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Aura C. Rojas C.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Aoracelly Rojas Cordoba
Edad: 64
Fecha de nacimiento: 16-Agosto-1956
Lugar: Belen delos Andaquies
Escolaridad: 5 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casada
Nombre del papá: Carlos Julio Rojas
Nombre de la mamá: Maria ester Cordoba Moños
Nombre de la esposa: Buenaventura Peña ariga
Nombre los hijos: Ruth - Maria deicy - Joan Carlos

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Vivio en el campo y ayudaba en oficios de la casa. Salian a los basares que hacian en la vereda y salian al pueblo.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Trabajo con sos padres ayudo a criar a los hermanos ya que es la mayor. Salian al pueblo iban a misa tambien a los basares.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Conocio a su esposo se casaron tuvo sus hijos el viajo a bogota a trabajar y se miraban cuando el venia y por cartas. un tiempo estuvieron separados pero regresaron.

ASÍ SOY AHORA:
Vive con sus hijos su esposo esta en tramites de pension para venirse de todo con su familia otra vez. No trabaja se la pasa en casa con sus hijos y cuidando su hija discapitado.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria se encuentra con buena condicion mental y emocional se observa que ama a su familiar y muy pendiente de sus hijos muy hogareña.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Paldo **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, asi como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Angel Miro Salinas Barrera mayor de edad, identificado con cedula N. 4953537. Autorizo al profesional en psicologia Adriana Maria Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Asi mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Angelmiro Salinas Barrera
Edad: 84 Años
Fecha de nacimiento: 10-Nov-1937
Lugar: Florencia
Escolaridad: 3 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casado
Nombre del papá: Elias Salinas
Nombre de la mamá: Herminia Barrera
Nombre de la esposa: Maria Josefa Mota
Nombre los hijos: Luis Enith.

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Trabajo desde joven prefiere no hablar mas de su infancia.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

Trabajador prefiere no hablar mas de su adolecencia

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Se caso joven tuvieron hyos siempre trabajo hasta el dia en que enfermo

ASÍ SOY AHORA:

Despues de que enfermo llevarado todo con Pasiencia, vive con su esposa.

bania

ANALISIS:

Con la informacion suministrada por el beneficiario se observo que es una persona trabajadora muy callado y reservado.

El beneficiario no presenta, ningun trastorno, ni enfermedad mental que amerite intervencion, por ser una persona equilibrada mentalmente y emosionalmente.

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana M Patiño **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Balbina Perdomo Artunduaga mayor de edad, identificado con cedula N. 26.630.165. Autorizo al profesional en psicologia Adriana María Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

*Balbina PerdomoA
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 29-06-2021

Nombre y apellidos: Bailana Perdomo Arfundoaga
Edad: 69
Fecha de nacimiento: 18 Enero 1952
Lugar: San Jose del fragua
Escolaridad: 5 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casada
Nombre del papá: Teofilo Perdomo Rojas
Nombre de la mamá: Silvina Arfundoaga chaos
Nombre de la esposa: Gentil Cruz
Nombre los hijos: Jaime -

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Huerfana a la edad de 8 años no se amaño con su padre y hermanos ya que el padre tomaba mucho tabaco. Se fue a vivir con sus abuelos y trabajo en el campo con unos primos en molienda, recuerda los consejos de la abuela a quien considero una madre.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
En su juventud tuvo 2 novios con el cual se escapo a los 16 años con su actual esposo se casaron trabajo con su esposo tuvo su primer hijo a los 17 años y se dredico a su hogar

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Fue buena esposa con sus hijos muy entregada a su familia, muy religiosa ya que su abuela le inculco la religion.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive con su esposo e hijos y nieta muy casera, el hijo mantiene pendiente de ella y el esposo.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy calmada, callada trabajadora muy hogareña, ama mucho su familia es muy entregada a los asuntos religiosos y muy colaboradora

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Beatriz Robles de Hurtatis mayor de edad, identificado con cedula N. 40725020. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Beatriz Robles

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 29 - Junio - 2021

Nombre y apellidos: Beatriz Robles de Hurtatis
Edad: 79
Fecha de nacimiento: 10-09-1941
Lugar: Florencia
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Felix Maria Cordoba
Nombre de la mamá: Maria del Carmen Carvajal
Nombre de la esposa: Enrique Hurtatis
Nombre los hijos: Olga-Luis Batilda

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Se crio sin madre, solo con madrastra y se la montaba estudiaba e iba al rio.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Trabajaba lavando ropa, Conocio a un joven se enamoro

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Se caso a los 22 años se fue para el campo tuvo sus hijos y al tiempo se unieron para el pueblo y el esposo falleco y sus hijos ya tenian su hogar.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive sola, en ocasiones arrienda piesas y gana algo de dinero, sus hijos estan muy pendientes de ella.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacio suministrada por la beneficiaria se logra obsercar que es trabajadora y ama a sus hyos

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Bernarda leiton de Bahos mayor de edad, identificado con cedula N. 2661522. Autorizo al profesional en psicología Adriana M. Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Bernarda Leiton de Baños
Edad: 73
Fecha de nacimiento: 20- Mayo- 1948
Lugar: Albania
Escolaridad: 2 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltera
Nombre del papá: Gonzalo Leiton
Nombre de la mamá: Mercedes Chilito
Nombre de la esposa: Hector Robledo
Nombre los hijos:

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
vivio con sus padres en el pueblo, tuvo una infancia, le ayudaba a la madre en los oficios del hogar

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
A los 15 años salio a trabajar en casa de familia para ayudarle a la familia

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
trabajo haciendo empanadas y demas hasta el dia que se enfermo lo que le quito las ganas de trabajar

ASÍ SOY AHORA:
vive con su esposo, con un estado de salud un poco enfermo, el esposo es quien trabaja a ratos para cubrir los gastos del hogar pero no lo puede dejar solo.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy trabajadora
pero desde que enfermo ya
no puede hacer nada ya
que por su enfermedad en
muchas cosas no se
puede valer por si sola

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Bertha Zamudio de Cabrera mayor de edad, identificado con cedula N. 4961052. Autorizo al profesional en psicología Adriana María Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Berta Zamudio

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Bertha zamudio de cabiera
Edad: 76
Fecha de nacimiento: 31 diciembre 1944
Lugar: Potomayo
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Divorciada
Nombre del papá: Alfredo ramirez
Nombre de la mamá: Carmen zamudio
Nombre de la esposa: Angel maria cabiera
Nombre los hijos: Ismael

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Se crio con el padrastro muy estricto la la maltrato y fue muy mala persona con ella

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

Trabajo muy joven cosiendo, trabajo en fincas cosinando y demas actividades de campo

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Se caso tuvo sus hijos y con las costuras los crio y saco adelante

ASÍ SOY AHORA:

Mantiene un poco enferma ya no trabaja los hijos no pueden verla por ella agradece mucho al centro de vida por la comida que le dan, porque ella no puede trabajar ya.

bania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion Suministrada por la beneficiaria, podemos observar que es una persona tranquila trabajadora y muy hogareña

La beneficiaria no presenta ningun trastorno ni enfermedad mental que amerite intervencion, por ser una persona mentalmente equilibrada

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

bania

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Blanca Ines Cargas Mejia mayor de edad, identificado con cedula N. 26631562. Autorizo al profesional en psicología Adriana Maria Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Blanca ines
Edad: 58
Fecha de nacimiento: 4 - noviembre - 1962
Lugar: Albania
Escolaridad: 6 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil:
Nombre del papá: Edolio Vargas
Nombre de la mamá: Berta Ines mejia
Nombre de la esposa: Luis Collazos
Nombre los hijos: Belisario

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Estudio, vivio con sus padres y hermanos.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Salian a los basares con su hermano alfonso lavaba la ropa, arreglaba la casa

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
los padres mueren, ella ya tenia esposo y sus hijos se dejo con su esposo, tuvo otro, pero al final regreso con su primer esposo.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive con su esposo ella es pasiente psiquiatrica pero no esta en control

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

A pesar de su condicion medica (paciente psiquiatrica) se observa que tiene momentos de lucides aunque ella tenga memoria selectiva.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 215262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Blanca Otilia Palechor mayor de edad, identificado con cedula N. 36 110 033. Autorizo al profesional en psicología Adriana María Palacio B, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 30 - Junio - 2021

Nombre y apellidos: Blanca Otilia Palechor
Edad: 74
Fecha de nacimiento: 14 Agosto 1964
Lugar: San Agustin
Escolaridad: 1 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltera
Nombre del papá: Ramiro Gomez
Nombre de la mamá: Maria Gregoria
Nombre de la esposa:
Nombre los hijos: Maria Alberto Aldemiro

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Trabajo, se crio sola con amigos de la familia trabajo para una señora lavando, jugo cada que podia

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

lavaba ropa y hacia los oficios en las casas vivia intercalandose con sus tios y abuelos y estudio 2 semanas y no tuvo mas estudio

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Estuvo viviendo con un hombre y tuvo 1 hijo con el, un dia trabajando murio crio sos hijos al tiempo consigi otra pareja con la cual estuvo y de esa union tuvo 2 hijos, pero al tiempo murio y quedo sola y ella trabajo pra sacar sos hijos adelante

ASÍ SOY AHORA:

Vive sola, una hija aveces viene a visitarla no puede laborar por la edad, una vecina de una vez en cuando la visitan y la invita a comer

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion suministrada por la beneficiaria podemos observar que es una persona trabajadora amorosa y entregada a su familia

la beneficiaria no presenta ningun trastorno enfermedad mental que amerite intervencion por ser una persona mentalmente equilibrada

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P** 182762

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Carmen Rosa Villa Ochoa mayor de edad, identificado con cedula N. 36 171 636. Autorizo al profesional en psicología Adrian M Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Carmen Rosa Villa Quinchia
Edad: 62
Fecha de nacimiento: 1958-07-28
Lugar: Florencia Caqueta
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltera
Nombre del papá: Primitivo Villa
Nombre de la mamá: Rosa Maria Quinchia
Nombre de la esposa:
Nombre los hijos: Carlos, fabian Johana Jeimi

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Fue huerfana, no vivio con el padre por que no era bueno, se crio con varias personas, ella trabajaba en casas de familia

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

Se la pasaba de casa en casa trabajador, estuvo en varias partes y con las personas que vivio le ensenaron a leer y escribir

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Siguio trabajando hasta que a la edad de 20 años consiguio esposo tuvo sus hijos luego su esposo murio y al tiempo consiguio otro marido tuvo hijas y luego la dejo con sus hijas pequeñas por lo que ella siguio trabajando y sacando sus hijos adelante.

ASÍ SOY AHORA:

Trabajo hasta el dia que empezo la cuarentena vive con una nieta la cual esta criando por ahora 2 hijos la acompana por la cuarentena.

bania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion Suministrada por la beneficiar, Podemos observar que es una trabajadora amorosa y entregada a su familia

la beneficiaria no presenta ningun trastorno ni enfermedad mental que amerite intervencion

Firma del profesional:
Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

Abania

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las caracteristicas y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaria que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, asi como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Deyanira lopez Mayorga mayor de edad, identificado con cedula N. 48607865. Autorizo al profesional en psicologia Adriana Maria Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Asi mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Deyanira Lopez

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha:

Nombre y apellidos: Deyanira Lopez Mayorga
Edad:
Fecha de nacimiento: 30-Marzo-1962
Lugar: Bolivar
Escolaridad: 2 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltera
Nombre del papá: Angelmiro lopez
Nombre de la mamá: Edemilra Mayorga
Nombre de la esposa: Fransisco Arnoldo
Nombre los hijos: Olmedo-Jhon Fredy

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Eran de bajos recursos, vivian en el campo trabajaba desde muy pequeña, eran 5 hermanas y les tocaba tornarse la cosina y cleaseres del hogar,

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Tenian novios pero no eran pareja, siguio trabajando las dejaban salir pero les daba una hora de llegada y si no llegaba a la hora que decia no las dejaba salir. siempre vivio en casa con sus padres

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
conocio al padre de sus dos hijos pero la abandono con dos niños pequeños ella los crio sola y no necesito de el, tuvo sus hijos a la edad de 30 años y solo con el padre de los hijos ha sido su unica pareja, su hijo mayor lo crio tiene su hogar y esta terminando de criar al menor.

ASI SOY AHORA:
Actualmente vive con su hijo menor el hijo mayor es pendiente de ella le colabora de vez en cuando en lo que necesite, no trabaja ya que sufre de osteoporosis,

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy trabajadora y entregada a sus hijos

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las caracteristicas y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, asi como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Dimas Carvajal Plaza. mayor de edad, identificado con cedula N. 4960991. Autorizo al profesional en psicología Adriana M Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha:

Nombre y apellidos: Dimas Carvajal Plaza.
Edad: 76.
Fecha de nacimiento: 25-Diciembre 1945
Lugar: Belen de los Andaques
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Separado
Nombre del papá: Antonio Carvajal
Nombre de la mamá: Lucrecia Plaza
Nombre de la esposa: Emilia Muñoz
Nombre los hijos: Dilia-Eliano-Dimas-manuel-Armando-Ludwa-Jair-Lucero.

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Trabajo siempre en el campo con sus padres y hermanos, estudio año y medio cuando llegaron albania era una vereda en es entonces le gustaba jugar con los hermanos. y en la escuela cuando asistia.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Siempre trabajando en labores del campo venian al pueblo hacer confesion y las comuniones y asistir a misa,

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
se fue a trabajar a belen jugaba y tomaba, con el tiempo consiguio muger y empezo a trabajar llegaron sus hijos y tambien los enseño a trabajar y ser muy honrrado en sus trabajos cmo sus hijos cada uno tiene su familia

ASÍ SOY AHORA:
Cada uno de sus hijos le colabora cuando puede pero tiene una hija que vive pendiente de ella y sus hermanas ya que el no puede trabajar por sus enfermedades.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario desde muy joven trabajador poco expresivo en cuanto a sus emociones pero muy preocupado por su familia.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana M. Palacio T.P. 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Elcira Gomez Palechor mayor de edad, identificado con cedula N. 40763493. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Elcira Gomez Polechor
Edad: 59
Fecha de nacimiento: 25-Abril-1962
Lugar: San Agostin Huila
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil:
Nombre del papá: Nolberto Gomez
Nombre de la mamá:
Nombre de la esposa:
Nombre los hijos: Diana Lorena

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

No recuerda.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

le gustaba salir, no tuvo estudio y vendia pollos para sus necesidades

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Trabajo mucho para tener su casa para su hija y ella el papa de la hija no la apollo y ella saco a su hija adelante sola. le dio estudio y ella al tiempo tuvo una hija la cual acompaña siempre. ya que enfermo y quedo en silla de ruedas.

ASÍ SOY AHORA:

Actualmente vive con la hija y la nieta. la hija vela por ella, en todo lo que necesite es su hija quien esta prestа ayudarle y brindarle lo que necesite.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiana muy trabajadora
y quiere mucho a su familia

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Elia Maria Cabrera de taborda mayor de edad, identificado con cedula N. 26 631 529. Autorizo al profesional en psicología Adriana Maria Palacio B, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Ella Maria Cabrera de taborda
Edad: 67
Fecha de nacimiento: 07-09-1954
Lugar: Belen de los Andaquies
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Casada
Nombre del papá: Roque Cabrera Polania
Nombre de la mamá: Hermestina Muños Cordoba
Nombre de la esposa: Gerardo Antonio taborda
Nombre los hijos Orfa-Uelson-Miller-Roque-Hermilson-Rubel

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Siempre le toco trabajar, vivia con sus Padres en el campo. Se queria mucho con su hermana se defendia con su hermana y ella con el.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Se caso a los 15 años, tuvieron sus hijos y siguio trabajando en el campo criando a sus hijos.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Su Padre Vendio la finca y se vinieron para el pueblo ella siguio trabajando casa de familia para terminar de criar sus hijos y siempre trabajando con su esposo para lo que mas se necesitaba en su hogar

ASÍ SOY AHORA:
ya por la edad y sus enfermedades ya que esta en la silla de ruedas sus hijos la cuidan y estan al pendiente de ella colaborando en todo lo que mas necesita.

Albania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion Suministrada
Por la beneficiaria Podemos
observar que es una persona
trabajadora y entregada a su familia

La beneficiaria no presenta
Problemas mentales que amerite
intervencion.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Pallares **T.P.** 213262

bania

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, asi como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Eliecer Calderon Sterling mayor de edad, identificado con cedula N. 4959361. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Asi mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Eliecer calderon sterling
Edad: 100
Fecha de nacimiento: 07-12-1926
Lugar: Pitalito
Escolaridad: 1 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casado
Nombre del papá: Isidro Calderon
Nombre de la mamá: Rafaela Sterling
Nombre de la esposa: Ilma Antory
Nombre los hijos: Ofir

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
En la pobresa pero muy trabajador

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
fue picaro pero muy trabajador

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Se caso tuvo 5os hijos y siempre trabajo para sacarlos adelante

ASÍ SOY AHORA:
Se siente bien los hijos estan pendientes de el y la esposa



HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario muy trabajador, calmado y colaborador

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Peñaloza **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Eloy Obaya Ayador mayor de edad, identificado con cedula N. 4961052. Autorizo al profesional en psicología Adriana María Palacio., para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Eloy olaya Ardor
Edad: 80
Fecha de nacimiento: 06-Abril-1941
Lugar: florencia
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltero
Nombre del papá: Alades olaya
Nombre de la mamá: leticia Ardor
Nombre de la esposa:
Nombre los hijos:

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Trabajaba en la finca con el papá un dia se callo y se lastimo la rodilla.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
luego trabajo en una hacienda y ganaba plata

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Trabajar

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive con una hermana ella le ayuda en lo que mas puede ya que el no escucha bien.



HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario muy trabajador colaborador y amable no tuvo su hogar pero vive con su hermana y sobrinos el cual el quiere mucho

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213762

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las caracteristicas y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaria que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Elvira Calderon de Sepulveda mayor de edad, identificado con cedula N. 26 615 721. Autorizo al profesional en psicologia Adriana Maria Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Asi mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 08-Julio-2021

Nombre y apellidos: Elvira calderon
Edad:
Fecha de nacimiento: 19 Junio-1944
Lugar: Salado blanco
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Rogelio Calderon
Nombre de la mamá: Maria de Jesus Romero
Nombre de la esposa: Milagros Sepulveda
Nombre los hijos: Alcenia-Marina-Sol-Marmeda-Darey1-Edilima-Ewdin

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Se crio aca en albania pero ella era del Huila trabajo desde muy pequeña ya que eran de escasos recursos

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Trabajaba mucho con sus padres en el campo ayudandole en siembra y recolectando tabaco en las moliendas ayudando. se caso a los 17 años se fue a vivir con su esposo al campo

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
al cumplir los 18 tuvo la hija siguio trabajando con su esposo en el campo tuvo sus otras hijas las criaron el esposo muere en florencia quedando sola con sus hijas luchando por criarlas ya que quedaron pequeñas las crio, y cada una consiguio su hogar se quedo con sus hijos enfermos los cria los demas hijos estan pendientes de ella y sus hermanos.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive en el pueblo con sus dos hijos enfermos, sus hijas le ayudan y estan pendientes de ella sus amigos y vecinos ya no pueden trabajar.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy trabajadora pero vive muy preocupada por sus hijos discapacitados ya que ella ya no puede trabajar por su edad aunque sus hijos la ayudan cuando pueden ella vive preocupada por sus hijos discapacitados

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Maria Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Emilia Muñoz Cabrera mayor de edad, identificado con cedula N. 26678635. Autorizo al profesional en psicología Adriana María Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 08 Julio 2021

Nombre y apellidos: Emilia Muñoz Cabrera
Edad:
Fecha de nacimiento:
Lugar:
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Separada
Nombre del papá: Climaco Muñoz Carbajal
Nombre de la mamá: Dilia Maria Cabrera
Nombre de la esposa: Dimas Carvajal
Nombre los hijos: Armando-Dimas-Alvaro-Ludiva-Dilia

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Se crio con sus padres luego los padres le dejaron la crianza a sus abuelos ellos le quisieron dar estudio y ella no quizo, vivia en el campo y ella trabajaba con sus hermanos a la par, y ayudababa criar a sus hermanos menores.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Se salio de su casa a los 13 años trabajaba donde le salliera trabajo luego regreso a la casa nuevamente a los 15 años se salio con el esposo a vivir y empezaron a tener sus hijos y siguio viviendo en el campo trabajando para criar los hijos

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Siguio trabajando en el campo criaron sus hijos hasta que consiguieron su familia cada uno y se vinieron para el pueblo ya que tienen dos hijos en condicion especial. Vive en la misma casa con Dimas por sus dos hijos en condicion especial pero no como pareja cuando sus otros hijos pueden le colaboran en lo que mas puedan

ASÍ SOY AHORA:
Sigue viviendo en el pueblo ya estan muy enfermos una hija le ayuda con lo relacionado a la niña enferma ya Dimas no puede trabajar y su hija es quien esta al pendiente de ellos.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

El analizis que se puede hacer con esta beneficiaria es que desde muy joven ha sido trabajadora aunque no es muy alegre ya que piensa mucho en la situacion con sus dos hijos discapacitados

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

bania

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Enelia Muñoz de calderon mayor de edad, identificado con cedula N. 26569929. Autorizo al profesional en psicología Adriana Maria Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Enelia Muñoz de calderon
Edad: 90
Fecha de nacimiento: 7-10-1931
Lugar: Sabado blanco Huila
Escolaridad: 1 primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Amelia Muñoz
Nombre de la mamá:
Nombre de la esposa: Benjamin calderon cuellar
Nombre los hijos: Jose-Carmen-Orlando-Fabida-Magola-fernando

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Fue huerfana y quedo con la abuela, eran muy pobres, pero siempre trabajo

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

Siempre fue en su casa, ya que la abuela no la dejaba salir ni tener amistades, y considera que fue bien criada ya que trabajo y consiguio su esposo y conformo su hogar

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Conformo su hogar y trabajo siempre criando sus hijos con su esposo siempre estuvo con los hijos y el esposo aunque fue muy sellero

ASÍ SOY AHORA:

En ocasiones se siente sola ya que en sus años se acostumbro a la hija magola ya que ella es la que la cuida y siempre esta con ella.

Abania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion suministrada por la beneficiaria podemos que es una persona trabajadora tranquila calmada y hogareña

La beneficiaria no presenta ningun trastorno ni enfermedad mental que amerite intervencion por ser una persona equilibrada mental y emocionalmente.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Maria Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Erasmo Sierra Sierra mayor de edad, identificado con cedula N. 96357667. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Erasmo

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Erasmo Sierra Sierra
Edad: 62
Fecha de nacimiento: 18- Julio- 1959
Lugar: Albania
Escolaridad: 2 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casado
Nombre del papá: Antonio Sierra
Nombre de la mamá: Luz Maria Sierra
Nombre de la esposa: ligia Sabanarca
Nombre los hijos: Eliánora-

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
No recuerda

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
No recuerda

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
No recuerda

ASÍ SOY AHORA:
vive bien, su hija esta pendiente de el ellalo llama y viene a verlo, trabaja en su finca.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario muy trabajador
Colaborador. Reservado en cuanto
a su vida ya que prefino
no hablar sobre su
infancia, adolecencia y adultes.

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213162

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Ebelia Silva mayor de edad, identificado con cedula N. 4960868. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Ebelia Silva

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 01 Julio 2021

Nombre y apellidos: Evelia Silva
Edad: 64
Fecha de nacimiento: 24-Agosto-1956
Lugar: Puyil Caqueta
Escolaridad: 5 primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Luis Antonio Silva Pedia
Nombre de la mamá: Maria Enelia Collazos
Nombre de la esposa: Juan Bautista Plazas
Nombre los hijos: Freddy-Norma-Wilinston-Magaly-Merson-Jair

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
El Padre Salia al Pueblo y ella se quedaba con la madre y hermanos el cual era de mucho agrado porque Podian jugar y cuando estaba el Padre no Podian.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
El Padre era muy estricto y no Podia salir ni saludar, solo los Ponian hacer cosas en la casa, trabajar desde joven.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
en su adultes la vida le cambio ya que de su casa salio a los 13 años y con el tiempo llegaron sus hijos y quedo viuda a los 25 con el paso del tiempo crio a sus hijos los saco adelante y conseguio pareja con el cual compartio hasta el año Pasado que el falleco

ASÍ SOY AHORA:
Se siente realizada, ya crio a sus hijos y se siente tranquila, no se afana por tener que darle cosas a sus hijos porque ya por ellos trabajo y todos los saco adelante y ahora sus hijos velan por ella y la cuidan.

Albania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion suministrada por la beneficiaria podemos observar que es una persona trabajadora, humilde, entregada a su familia.

la beneficiaria no presenta ningun trastorno ni enfermedad mental que amerite intervencion por ser una persona equilidradamentalmente.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Ezequiel Pimentel mayor de edad, identificado con cedula N. 4.960.576. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Ezequiel Pimentel
Edad: 90
Fecha de nacimiento: 10-04-1931
Lugar: Suaza Huila
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viudo
Nombre del papá: Emiterio Ortiz
Nombre de la mamá: Rosario Pimentel
Nombre de la esposa: Virginia Cruz
Nombre los hijos: Ivonne-Camila-Fabio-Marisol-Rosario-Adriela-Mery-Jesus-Mauricio

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Era un niño tranquilo, travieso y la mamá lo castigaba, le gustaba jugar trompo, vivio en un caserio con su familia.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Hacia trampos y los vendia, era muy pícaro, le ayudaba a su padre hacer calados y los vendia, le gustaba hacer mucho deporte, le gustaba montar bicicleta y manejar moto.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Era muy enamorado hasta que se caso con su difunta esposa tuvo sus hijos, ayudo a fundar el pueblo fue zapatero, vendio droga naturista, saco a sus hijos adelante junto con su esposa, cada uno de sus hijos formo su hogar, y el quedo con su esposa, luego ella fallecio y los hijos se hicieron cargo de el.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente cada semana se lo turnan los hijos para cuidarlo, tiene buena memoria es de buen apetito sufre de asma, tiene ulceras lo cual lo molestar un poco ya que lo han remitido de urgencias para Florencia, es algo terco pero todos los hijos lo cuidan.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario desde muy joven muy trabajador, hogareño y muy servicial aunque ya por motivos de salud no se puede valer por si mismo sus hijos lo cuidan y estan muy pendientes de el y no lo dejan solo

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213621

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Fatty Parra de Gaona mayor de edad, identificado con cedula N. 36273513. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Fatty Parra

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Fatty Parra de Gaviria
Edad: 61
Fecha de nacimiento: 01-12-1959
Lugar: Albania
Escolaridad: 3 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casada
Nombre del papá: Quintiniano Parra
Nombre de la mamá: Luz nidivia sterleng
Nombre de la esposa: Juan Eudes Gaviria
Nombre los hijos: Cesar-David-Luz Miriam-Juan Eudes-Jhon-Benito.

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
le gustaba estudiar pero no le dieron estudio, Se crio en la pobresa le tocaba ir a sembrar arroz y recoger la cosecha.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
le gustaba trabajar haciendo sus oficios en su casa, ayudo en la crianza de sus hermanos menores ya que ella era la mayor.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
se caso tuvo sus hijos no tuvo problemas con las labores del hogar por que sabia ya un poco de todo trabajo con su esposo sacaron sus hijos adelante le dieron estudio y formados

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive con su esposo y con un hijo los otros hijos estan pendientes de ellos y le ayudan en lo que puedan.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy trabajadora
ama a su familia
Sus hijos calmada y colabora.

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 243262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Gentil Cruz Becerra mayor de edad, identificado con cedula N. 4961 13. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Gentil Lopez Berrera
Edad:
Fecha de nacimiento: 6-Junio-1944
Lugar: Belen de los Andaquies
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil:
Nombre del papá: Luis Cruz
Nombre de la mamá: Elvira Becerra
Nombre de la esposa: Balbina Perdomo
Nombre los hijos: Wilson-Jaime-Danny

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
le gostaba mucho jogar, le gostaba ir al rio de pesca le ayudaba al padre en la finca en las labores vivia con sus padres y sus hermanos

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Siguio trabando en el campo con su padre, le gostaba la caseria, le gostaba el juego

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Conocio a su esposa a los 25 años se casaron llegaron los hijos vivian en el campo, luego se vinieron al pueblo y terminaron de criar a sus hijos en el pueblo el nunca dejo de trabajar ya fuera pueblo o en el campo.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive con la esposa un hijo y una nieta, el hijo esta muy pendiente de el y su esposa

Abania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario muy trabajador calmado y protector con su hogar, siempre atento a su esposa.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Baldao **T.P.** 213262

bania

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Gentil Lopez Cabrera mayor de edad, identificado con cedula N. 19 283 713. Autorizo al profesional en psicologia Adriana Maria Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Gentil Lopez C

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 28 Junio 2021

Nombre y apellidos: Gentil Lopez Cabrera
Edad: 66
Fecha de nacimiento: 1954-10-19
Lugar: Suaza Huila
Escolaridad: 2 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltero
Nombre del papá: Juan de Dios Lopez
Nombre de la mamá: Maria eva Cabrera
Nombre de la esposa: Martha lucia Penagos
Nombre los hijos: Jomes - tatiana - Duvernei -

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Fue trabajando en el campo con los padres no pudo estudiar por que eran muchos hermanos y el estudio solo era en el pueblo y el vivia en el campo.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

Trabajo siempre peleaba con los hermanos, viajo a bogota trabajo como celador y se devolvio para albania unos dias y luego viajo para Popayan.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

En popayan trabajo en lineas subterraneas y en el terminal, conocio una mujer tuvo hijos con ella pero se dejaron luego conocio a su actual mujer tiene 3 hijos con ella.

ASÍ SOY AHORA:

Actualmente vive con su esposa y sus hijos ya no puede trabajar por la enfermedad de la Artritis y se encuentra en control con medico.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

El beneficiario se encuentra
con buen estado mental.
pero manifiesta su enfermedad
fisica ya que lo aflije no poder
trabajar.

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Gladys Fernandez Aley mayor de edad, identificado con cedula N. 36153805. Autorizo al profesional en psicología Adriana Maria Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Gladys Fernandez Aley
Edad: 68
Fecha de nacimiento: 01- Mayo- 1953
Lugar: Nicaragua
Escolaridad: 3 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltera
Nombre del papá: Eustacio Fernandez
Nombre de la mamá: Cristina Aley
Nombre de la esposa: Olinto
Nombre los hijos: Betty-Aluer-Soraya-Yanel-Cristina-Jorge

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Tuvo una infancia tranquila, fue criado por los Padres fue la mas pequeña y a la que los papás mas querian.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Estudio pero no le gusto por que tuvo malas amistades y conocio un joven se enamoro y el de ella un dia una amiga de el lo invito a la Casa de ella para que la perjudicara todo con el fin de que las cosas entre los dos se acabaran

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Con el paso del tiempo consigue novio y luego se convirtio en el esposo y papa de los hijos le dio muy mala vida se separo de el y asi sola saco a sus hijos adelante.

ASÍ SOY AHORA:
Vive sola por gusto le gusta la tranquilidad sus hijos estan siempre pendiente de ella que no le falte la llaman todos los dias y ahora que ha estado enferma mas pendientes de ella estan.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy trabajadora quiere a su familia y su familia esta muy al pendiente de ella.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Gloria María Fajardo mayor de edad, identificado con cedula N. 26 596 640. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Gloria Fajardo

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 30 Junio 2021

Nombre y apellidos: Gloria María Tajardo
Edad: 76
Fecha de nacimiento: 09-Abril-1945
Lugar: Garzon Huila
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Julio Tajardo
Nombre de la mamá: Fani Tajardo
Nombre de la esposa: Isauro sterling
Nombre los hijos: Dolan

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Cuando nacera la crio una tia con su esposo y la abuela ayudaba a sus tios a trabajar y los consideraba como sus padres, eran de escasos recursos Vivian en el huila pero se vinieron al caqueta se termino de criar en Florencia

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Trabajaba lavando ropa ajena, a los 15 años se fue de la casa, siguio trabando, con el tiempo se vino para albania

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
aca en albania monto un negocio de Verduras trabajo mucho una familiar se vino a vivir con ella y ella la termino de criar, luego se caso se dejo con el esposo y le dejo al niño duvan con custodia y al tiempo conoció ella al esposo isauro y lo terminaron de criar, el esposo fallecio hace 6 años de fallecido y ella siguio criando a quien considera su hijo ella sola

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente no trabaja, vive con su hijo ellos solos se ayuda con lo que recibe de adulto mayor, los sobrinos y familiares estan al pendiente de ella y su hijo.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la información Suministrada por la beneficiaria se logro Observar que es una persona trabajadora, hogareña y protectora con su hijo.

la beneficiaria no presenta ningun problema a nivel mental ni emocional que amerite intervencion

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Hector Robledo Nava mayor de edad, identificado con cedula N. 17 680 408. Autorizo al profesional en psicología Adriana Maria Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Hector Robledo
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Hector Robledo Nava
Edad:
Fecha de nacimiento:
Lugar: Belen de los Andaques
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Union Libre
Nombre del papá: Jorge Robledo
Nombre de la mamá: Mercedes Nava
Nombre de la esposa: Bernarda Leiton
Nombre los hijos:

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Trabajaba desde muy pequeño en el campo, vivia con sus padres.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
empezo a conseguir novia, Trabajaba en el campo

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Siguio trabajando, conseiguio su mujer vivieron un tiempo en el campo pero despues se vinieron al pueblo no tuvieron hijos,

ASÍ SOY AHORA:
Trabaja en el pueblo vende arepas para el diario de el y su esposa la cual viven los dos solos y ella no puede trabajar por motivos de Salud

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario muy trabajador atento con su esposa que nada le falte ya que sufre una discapacidad.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Heli Antoni Valbuena mayor de edad, identificado con cedula N. 4960092. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha:

Nombre y apellidos: Heli Antori Valbuena
Edad: 79
Fecha de nacimiento: 24-Junio-1942
Lugar: Belen de los Andaquies
Escolaridad: 1 primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltero
Nombre del papá: Miguel Antury
Nombre de la mamá: Sofia valbuena
Nombre de la esposa:
Nombre los hijos:

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Se crio en el campo en la finca el bosco con sus padres y hermanos era el hermano mayor ayudo a criar a sus hermanos menores.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
iba al pueblo con sus padres e iban a la iglesia y se iban nuevamente para la finca de muy escasos recursos los padres se separaron por que el padre tomaba mucho, el se fue a buscar a su mama pero termino con una mujer casada tuvieron 1 hijo pero se dejaron. se vino para morelia.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
empezo a trabajar en morelia se desplazo a la casa de su padre y trabajaba con el, pero el padre se tomaba lo que el ganaba, dejo a su sobrino y se fue a vivir con un sobrino luego se vino para albania con el sobrino y se quedo trabajando con el.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive con el sobrino trabaja pelando cebolla ayudando, el sobrino es muy bueno con el, le da la comida y el lugar donde duerma.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario trabajador, callado
Colaborador, Compañerista.
quiere mucho a su sobrino
ya que con el es quien vive
hace mucho tiempo

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Rabago **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Helsin Miriam Ortiz de Ayala mayor de edad, identificado con cedula N. 26631360. Autorizo al profesional en psicología Adriana M Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

HElmiriam
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Helsin Miriam Ortiz de Ayala
Edad: 74
Fecha de nacimiento: 10 Marzo 1947
Lugar: Albania
Escolaridad: 4 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Victor Alfonzo Ortiz
Nombre de la mamá: Ana Eliza Ortiz
Nombre de la esposa: Jose walter Ayala
Nombre los hijos: Benedita - Pedro - Javier - tereza - gregorio - Yisela

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
fue una infancia muy inocente, trabajo mas que sus hermanos

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Trabajadora con su padre lo acompañaba hacer sus trabajos, el Padre las trajo a vivir al pueblo y luego se las llevo para la finca otra vez despues de un tiempo una docente les enseno a leer, escribir y demas, ella se Caso a los 15 años

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
con su esposo tuvo sus hijo el respondia por ella y sus hijos hasta que murio y ella siguio trabajando para Sacar sus hijos adelante tuvo otras parejas, aunque no respondio por ella ni por los hijos que tuvieron

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive sola, los nietos la visitan y estan pendientes de ella, ahora que estuvo enferma una hija la estuvo cuidando hasta que se recupero un poco.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy trabajadora aunque vive sola nunca a dejado de querer a sus hyos aunque casi no la pueden visitar, siempre se preocupan por ella.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Herlinda Ovoge de Rico mayor de edad, identificado con cedula N. 25 137 255. Autorizo al profesional en psicología Adriana M Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Herlinda Duque de Rico
Edad: 90
Fecha de nacimiento: 21-marzo-1931
Lugar: Caldas
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Solgencio Duque
Nombre de la mamá: Maria Otilia Gallego
Nombre de la esposa: Cesar Rico
Nombre los hijos: Nelson-Alberto-Augusto-luz Hanna

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Vivia con sus padres, fue una familia humildes ayudaba a sus hermanas hacer de comer a los trabajadores que recolectaban cafe

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
el padre compro otra finca, estudio 3 años participaba de las fiestas religiosas, le cosinaban al padre para colaborar

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
se caso, trabajo al lado de su esposo, criaron a sus hyos, se vinieron para el caqueta, cuando su esposo fallecio ellos ya estaban grandes y cada uno con su hogar

ASÍ SOY AHORA:
vive con el hyo, el colabora en lo que mas puede una hya le colabora ya no puede trabajar por la edad.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

muy trabajadora, ama a su familiar
muy calmada y colaboradora
Sus hijos estan siempre pendientes de ella

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 283762

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Hermencia Olaya de Galvis mayor de edad, identificado con cedula N. AO.726.502. Autorizo al profesional en psicología Adriana Maria Fabricio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Ermencia Olaya

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 28 Junio 2021

Nombre y apellidos: Hermencia olaya de Gaviria
Edad: 64
Fecha de nacimiento: 14 Julio - 1956
Lugar: Florencia caqueta
Escolaridad: 1 primaria
Nombre de la institución: peregrino lozano
Estado civil: viuda
Nombre del papá: Andre Maria olaya
Nombre de la mamá: Leticia audor
Nombre de la esposa: Diomedez Gaviria
Nombre los hijos: Eiver, Dario, Maneth. Diomedez

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
El Padre era muy estricto, vivia en la vereda la union, le ayudaban al Padre en la siembra de yuca y platano y de hacia lo que el Padre dijera.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Cuando salian al Pueblo a ve las fiestas se reunia con los amigos y trabajando en la finca con su Papa y hermanos haciendo lo que el les ordenaba.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Cuando saco la cedula ella ya tenia esposo y tenia una niña, siguio con su esposo en la finca Pero el trabajaba en otro municipio y venia a verla, tuvo 4 hijos mas pero con el tiempo el murio, Pero los hijos ya estaban realizados

ASÍ SOY AHORA:
Vive en el municipio con sus hijos y nietos trabajo en el coche y cuando resulta trabajo sale Pero Por ahora en la casa

Abania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario no presenta ningun trastorno ni Problema mental que amerite intervencion ya que es una persona mentalmente estable.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213762

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Humberto Gutierrez tamayo mayor de edad, identificado con cedula N. 4 961 409. Autorizo al profesional en psicologia Adriana Maria Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Humberto Gutierrez Tamayo
Edad: 73
Fecha de nacimiento: 14 Noviembre 1946
Lugar: Albania
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltero
Nombre del papá: Juan Asarias Gutierrez
Nombre de la mamá: Alba rosa Tamayo
Nombre de la esposa:
Nombre los hijos:

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ: Siempre estuvo con la familia muy apegado a la familia muy colaborador y trabajador

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA: Con su discapacidad pero siempre con su familia muy colaborador y trabajador.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ: Aun de adulto muy trabajador y muy apegado a su familia

ASÍ SOY AHORA: A pesar de los años y discapacidad aún sigue siendo muy colaborador, muy acomedido atento y apegado a su familia.

Albania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS: El beneficiario presenta una condicion especial de sordera y por motivo se le dificulta el habla, entiende por medio de lenguaje de señas, por lo que se necesite a un acudiente el cual nos relato su historia de vida.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana M. Palacio **T.P.** 213262

Abania

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Jaime Cuellar Ramos mayor de edad, identificado con cedula N. 6767192. Autorizo al profesional en psicología Adriana M Ibarra, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Jaime Cuellar
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 29-Junio-2021

Nombre y apellidos: Jaime Cuellar Ramos
Edad: 59
Fecha de nacimiento: 07-03-1962
Lugar: Albania
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Separado
Nombre del papá: Manuel Cuellar Cosa
Nombre de la mamá: Alejandrina Ramos
Nombre de la esposa: Blanca Deicy Parra
Nombre los hijos: Jaime-Fredy-Alexander.

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Vivio con sus padres vivian en el campo eran de bajos recursos, trabajaba con su padre.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Estudiaba y trabajaba con su padre ayudandolo Salian a basares.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Presto servicio militar, casado a su esposa tuvo sus 3 hijos, se dejo con su esposa, Sufrio de una aneurisma, estuvo un tiempo en clinica los hijos estaban pendientes de el y de lo que necesitara.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive solo los hijos le pagan arriendo estan pendientes de el de lo que el necesita.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion suministrada por el beneficiario se observa que es una persona trabajadora y amorosa con sus hijos ya que esta agradecido con ellos por estar al pendiente de el.

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Israel Cabrera Carvajal mayor de edad, identificado con cedula N. 17682039. Autorizo al profesional en psicología Adriana M Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Israel Cabrera C

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha:

Nombre y apellidos: Israel Cabrera Carbajal
Edad: 77
Fecha de nacimiento: 06 - Mayo - 1964
Lugar: Albania
Escolaridad: 3 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltero
Nombre del papá: Israel cabrera Polania
Nombre de la mamá: Melida Carbajal
Nombre de la esposa: Gloria Rojas
Nombre los hijos: Deicy lorena Cabiera Rojas

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Trabajando con sus padre desde muy pequeño con sus hermanos al padre casi no le gustaba que jugaran mas si trabajár.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
empeto a estudiar a la edad de 10 años seguia ayudando a su padre con trabajo de campo cada 8 dias bajaban al pueblo para asistir a misa.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Conocio a su mujer se fueron a vivir juntos vivian en el campo trabajaba ella se encargaba de labores de la casa se vinieron para el pueblo tuvieron la hija la criaron le dieron estudio, y se dejaron porque no se entendieron el sigulo respondiendo por su hija y trabajando.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive solo en algunas ocasiones esta pendiente de el lo llama o viene a verlo en ocasiones los hermanos le colaboran en lo que el necesite.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Una persona muy trabajadora Calmado, colaborador. no presenta alteraciones a nivel mental ni emocional.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacios T.P. 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Ivan Collazos Ortiz mayor de edad, identificado con cedula N. 17.637.602. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Ivan Collazos Ortiz
Edad:
Fecha de nacimiento: 24-Mayo-1964
Lugar: Albania
Escolaridad: 3 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltero
Nombre del papá: Victor Alfonzo collazos
Nombre de la mamá: Ana lucreaa Ortiz
Nombre de la esposa:
Nombre los hijos:

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
le gustaba jugar en las playas del rio fragua le tocaba trabajar, cortaban caña, leña y demas que su padre les dyera ya que vivian en el campo

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Estudio hasta 3 primaria, y seguia ayudando a sus padres en la finca con los trabajos manuales.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
le gustaba mucho los juegos de azar, seguia trabando con su padre nunca lo dejo ya que es muy apegado a su padre vivian y trabajaban siempre los dos con los años enfermo ya que no se cuidaba si llovia o no seguia trabajando hasta que enfermo y no pudo volver a trabajar.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente, vive solo ya que su padre esta donde una hija, el se vale por si solo no puede trabajar, su padre le ayuda con lo que el necesita.

Albania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

muy apegado a su padre, le gustaba mucho trabajar, desde que enfermo no se puede valer por si solo ni trabajar, su padre es quien le ayuda en lo que mas pueda.

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Palacios **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Jesus Maria Arroca Pedraza mayor de edad, identificado con cedula N. 7.237974. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Jesus Arroca
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Jesos Maria Aroca Pedraza
Edad: 80
Fecha de nacimiento: 19-03-1941
Lugar: Tolima
Escolaridad: 3 primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casado
Nombre del papá: Martin Aroca
Nombre de la mamá: Ignacia Pedraza
Nombre de la esposa: Aura Maria balcazar
Nombre los hijos: Jose-Gregoria-Maria-Ninfa-Erica

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Se crio con sus padres en la finca y desde muy pequeño le ha gustado trabajar en el campo

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

siempre ha sido muy trabajador ha vivido en el campo y le gostan la labores de agricultura

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

se vino para el caqueta a trabajarse caso tuvo sus hyos y los ha criado vendiendo gallinas que cria en el campo

ASÍ SOY AHORA:

En estos momentos vive en el pueblo con los hyos y hector, Pero casi todos los dias se va para finca a sembrar y mirar sus cultivos.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario muy trabajador le gusta el campo, es muy social y colaborador

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Jesus Maria Valderrama Bermeo mayor de edad, identificado con cedula N. 4960939. Autorizo al profesional en psicología Adriana Maria Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Jesus M Valderrama

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Jesus Maria Valderrama Bermeo
Edad:
Fecha de nacimiento: 29-Enero-1943
Lugar: Suaza Huila
Escolaridad: 3 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Separado
Nombre del papá: Jesus Antonio Valderrama
Nombre de la mamá: Rosa Maria Bermeo
Nombre de la esposa: Graciela
Nombre los hijos: Nibia-Surbiela-Judith-Edilma-Alexander.

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Tuvo una buena infaaa, trabajaba con sus padre lo pusieron a estudiar,

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Trabajaba mucho con sus padres y hermanos en mollendas y estudiaba muy poco le gustaba pescar, iban a beben asistir de la misa muy catolicos.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Trabajaba con sus padre, tenian finca al otro lado del rio a los 22 años consiguio mujer hicieron casa aparte tuvo su finca criaron sus hijos pero ella lo dejo con 3 hijos y el se vino al pueblo y los termino de criar. luego ellos consiguieron sus nagares y el siguio trabajando solo para el

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente tiene mujer pero ella vive en otro pueblo porque esta trabajando sus hijas mantienen pendiente de el y le ayudan con lo que el necesite en ocasiones.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario muy trabajador.
Sus hijos viven cerca a el y
muy pendiente estan.

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Paladino **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Jose Apolcan Ayala Prieto mayor de edad, identificado con cedula N. 4961424. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Jose Apolican Ayala
Edad: 58
Fecha de nacimiento: 23- febrero-1963
Lugar: Albania
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltero
Nombre del papá: Jose Apolican
Nombre de la mamá: Celina Ayala
Nombre de la esposa:
Nombre los hijos:

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
No recuerda

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Jugaba, no recuerda mas

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
No recuerda

ASÍ SOY AHORA:
Vive muy bien, estuvo enfermo y le enviaron medicamentos

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario con memoria selectiva, muy colaborador y trabajador.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana palacio **T.P.** 213252

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo José Segundo Erazo Cabrera mayor de edad, identificado con cedula N. 1860104. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 28/06/2021

Nombre y apellidos: Jose segundo Graza
Edad: 97 año
Fecha de nacimiento: 28/03/1924
Lugar: los andes nariño
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: viudo
Nombre del papá: Delio Graza
Nombre de la mamá: luisa cabrera.
Nombre de la esposa: Ana Apraez
Nombre los hijos: jose, lucia, reinel, Alba, Dionisio, Pedro, luis, Rubiela

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Vivi con mis padres y ayudaba en las labores del campo

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

trabajaba, estudiaba y vivia con mis padres y ayudaba en lo que mas podia.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

trabaje siempre, me case tuvimos hijos despues de vivir mucho tiempo en el campo nos vinimos para el pueblo y luego fallecio mi esposa.

ASÍ SOY AHORA:

vivo con un hijo, el vela parmi ya que no miro no trabajo por la misma condición mis dos hijos que viven en el pueblo me visitan y estan pendientes de mi.

Albania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la infoimacion suministrada por el beneficiario se observa que es un hombre q̈ue trabajador y hogareño.

El beneficiario no presenta ningun trastorno ni enfermedad mental que amerite intervención.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

bania

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las caracteristicas y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaria que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, asi como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Jose wilson Alvarez mayor de edad, identificado con cedula N. 4961112. Autorizo al profesional en psicologia Adriana Maria Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Asi mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Jose Wilson. alvarez
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha:

Nombre y apellidos: Jose wilson Alvarez
Edad:
Fecha de nacimiento: 25-Mayo-1951
Lugar: Barcasia Quindio
Escolaridad: 2 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casado
Nombre del papá: Libardo Alvarez
Nombre de la mamá: Aurora Gutierrez
Nombre de la esposa: Rosalba Cabrera
Nombre los hijos: nidia-Mari-wilson-wilfredo-

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Jugaba, vivia con sus padres y hermanos

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Trabajaba, recochaba, salian al caserio de donde vivian.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Trabajar, consiguio esposa tuvo sus hyos trabajo los saco adelante les dio estudio

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive con su esposa trabaja por dias Sus hyos estan pendientes de el.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario muy calmado un poco reservado, muy trabajador y entregado a su familia.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio T.P. 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Juan Fides Gaviria Bermeo mayor de edad, identificado con cedula N. 4960916. Autorizo al profesional en psicologia Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha:

Nombre y apellidos: Juan Eudes Garcia
Edad:
Fecha de nacimiento: 11-Agosto-1941
Lugar: Albania
Escolaridad: 3 primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casado
Nombre del papá: David Garcia Peña
Nombre de la mamá: Clementina Bermeo
Nombre de la esposa: Fatty Parra
Nombre los hijos: Cesar-luz Juan-Jhon-Benito-Tobias

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Quedo huerfano se crio con sus tios

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

trabajo siempre hasta el dia que se fue a pagar servicio

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Salio de prestar servio, se llevo trabajo hasta el dia que se conocio con su esposa se casaron tuvo con ella su hogar y sigue trabajando para sacarlos Adelante

ASÍ SOY AHORA:

Es bueno con su esposa en su hogar muy creyente y los hijos muy pendientes de el y de su esposa.

Albania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion suministrada por el beneficiario podemos observar que es un hombre muy trabajador y hogareño

El beneficiario no amerita intervencion por ser una persona equilibrada mental y emocionalmente.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Judith Vasques mayor de edad, identificado con cedula N. 26 628 362. Autorizo al profesional en psicología Ariana Maria Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

x
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 28 Junio 2021

Nombre y apellidos: Judith Vasques
Edad: 74
Fecha de nacimiento: 1946-12-31
Lugar: Belende los Andaquies
Escolaridad: 5 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Joanito Vasquez
Nombre de la mamá: Maria Luisa Belmeo
Nombre de la esposa: Arquimedes Vargas
Nombre los hijos: Belgica

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Fue bien criada, tuvo buen trato de sus padres
No la dejaban salir sola, jugaba estudio

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Comenzo a tener amistades se caso a los 17 anos
tuvo 5 hijos vivieron un tiempo en el campo
y luego se fuero a diferentes ciudades.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Vivio en Ecuador su hija y familia la crio aya
y ahora esta radicada en Albania con una
hija de crianza.

ASÍ SOY AHORA:
Vive sola pero en ocasiones su hija la acompaña
y esta pendiente de ella.

Albania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la información suministrada por la beneficiaria se observa que esta en sus cinco sentidos por ende no amerita intervencion.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Rulaco **T.P.** 213262

bania

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Julio Sapuyes mayor de edad, identificado con cedula N. 5960476. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Julio Sapuyes
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Julio Sapuyes
Edad: 81
Fecha de nacimiento: 04-Julio-1940
Lugar: Bolivar Cauca
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltero
Nombre del papá:
Nombre de la mamá: Purificacion Sapuyes
Nombre de la esposa:
Nombre los hijos:

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
la madre murio cuando el tenia 8 años, se termino de criar con un familiar.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Trabajaba en Huila para sus necesidades

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
se fue a pagar servicio, se vino para el caqueta compro su lote e hizo su casa, nunca se caso ni tuvo familia.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive solo pero los sobrinos han venio a verlo. sus vecinos cuando pueden le colaboran en lo que necesita

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario muy trabajador a pesar de vivir solo y no tener familia sus vecinos lo estimon mucho.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Rivadeo **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Ligia Garcia de Sanchez mayor de edad, identificado con cedula N. 28631401. Autorizo al profesional en psicologia Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Nigia Garcia de sanchez
Edad: 81
Fecha de nacimiento: 22-Sep-1940
Lugar: Huila
Escolaridad: 5 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casada
Nombre del papá: Jesus maria Garcia
Nombre de la mamá: Rosa maria soto
Nombre de la esposa: luis Alberto Sanchez
Nombre los hijos: Edgar-Oliva-lurdes-Rodrigo-Ruben-Otilio-irma-raul

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Tuvo una buena infancia su padre era muy rigido, nunca le hizo falta la comida

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
le tocaba trabajar con su padre a limpiar cafe le tocaba cosinar cuando su padre se iba hacer contratos se la llevaba a ella y los hermanos para que le ayudaran mientras su madre se quedaba en la finca con los hijos pequeños y cuando llegaba a la casa hacer aseo y labar la ropa de todos en la casa

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Se caso pero le salio muy mal esposo tuvo sus hijos y cuando los tuvo el la dejo y ella siguio trabando sola para sacar sus hijos adelante con los pasos de los años el volvio a la casa pero estaba muy enfermo y murio.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente se queda en casa ya esta muy enferma y no puede trabajar, la bisnieta la acompaña y le colabora junto con sus hijos lo que ellos mas pueden.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy trabajadora
ama a su familia

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Valadão **T.P.** 13282

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Lorenzo Collazos Ortiz mayor de edad, identificado con cedula N. 17635925. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

x Lorenzo Collazos Ortiz

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 30 Junio 2021

Nombre y apellidos: Lorenzo Collatos Ortiz
Edad: 68
Fecha de nacimiento: 4 Junio 1953
Lugar: Albania
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltero
Nombre del papá: Victor Alfonso collatos
Nombre de la mamá: Ana lucrecia Ortiz
Nombre de la esposa: Marleni Girardo
Nombre los hijos: Jhoana - ferley -

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Era muy travieso, y muy peleon, acompañaba a su padre en la molienda recogiendo caña y se iba a pescar con su padre.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Siguio estudiando luego consiguio novio a una docente salia con ella pescar a pasear, ella le enseño muchas cosas.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Conocio a su esposa, tuvo sus hijos criaron sus hijos, pero no se entendieron y después de 18 años se dejaron, siguio trabando solo y aveces con un hijo al tiempo los hijos se vinieron a vivir con el luego sus hijos formaron sus hogares y se fueron.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente trabaja en el billar de una Sobrina vive con un hermano discapacitado los hijos estan pendientes de el se llaman todos los dias. No hace trabajos de mucho esfuerzo por problema de Artritis.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion suministrada por el beneficiario Podemos observar que es una persona que a pesar de su problema de salud le gusta trabajar.

El beneficiario no presenta ningun problema mental que amerite intervencion.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaria que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Luis Collazos Ortiz mayor de edad, identificado con cedula N. 4.961.346. Autorizo al profesional en psicologia Adriana M. Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Luis Collazos Ortiz
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Luis Collazos
Edad: 65
Fecha de nacimiento: 13-12-1956
Lugar: Belen de los Andaques
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Casado
Nombre del papá: Victor Alfonso collazos
Nombre de la mamá: Ana Lucrecia Ortiz
Nombre de la esposa: Blanca Ines Vargas
Nombre los hijos: Belisario

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Era un hombre trabajador muy Picaro y siempre estuve en el campo con sus Padres

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Era muy mujeriego realizaba labores de campo trabajador luego se unio para el pueblo y empeto a trabajar en establecimientos Publicos

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Trabajo en el campo de agricultor, se caso y siguio ejerciendo las mismas labores del campo, tuvieron un hijo, lo criaron, el hijo formo su hogar y luego se unieron para el pueblo

ASÍ SOY AHORA:
ahora vive con la esposa, en arauca trabaja en oficios varios, y criando Pollos en casa con la esposa, el hijo de el vienen a visitarlo y estar Pendiente de el

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la información suministrada por el beneficiario, observamos que es una Persona trabajadora.

El beneficiario no presenta ningun trastorno ni enfermedad mental, que amerite intervencion por ser una Persona equilibrada mentalmente.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana María Palacio **T.P.** 213262

Albania

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Luis Fracisco Zuñiga Vidal. mayor de edad, identificado con cedula N. 4961023. Autorizo al profesional en psicología Adriana M. Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 30 Junio 2021

Nombre y apellidos: Luis Fransisco Zoñiga Vidal
Edad: 74
Fecha de nacimiento: 08-Marzo-1947
Lugar: Albania
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltero
Nombre del papá: Carlos Julio Zoñiga
Nombre de la mamá: Matilde Vidal
Nombre de la esposa: Cielo Quiñones
Nombre los hijos: Jeleison - Liliana - Jesica

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Era el Unico hijo mayor y lo ponia a trabajar Sacando arroz y demas porque lo sacaba con contratos a trabajar.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
trabajando siempre con el padre para ayudar a los hermanos menores tuvo un accidente y perdio su ojo, no le dio estudio su padre

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Trabajando consiguio esposa con 3 hijos que no eran de el se los crio pero despues tuvo hijos con ella los criando junto con ella pero despues de 14 años se dejaron.

ASÍ SOY AHORA:
No tiene donde vivir, paga arendo no tiene de donde pagar arendo, lo tienen de mandero antes de iniciar el programa no tenia donde comer aveces su sobrina le daba comida.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion del beneficiario se observa que es muy trabajador y acomedido.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Luz Gerardina Buitron mayor de edad, identificado con cedula N. 26 629 386. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Luz G Buitron

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Luz Gerardina Buitron
Edad: 69
Fecha de nacimiento: 09-07-1951
Lugar: Bolivar Cauca
Escolaridad: 2 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casada
Nombre del papá: Andres Buitron
Nombre de la mamá: Ismaelina Gomez
Nombre de la esposa: tomas samboni
Nombre los hijos: Oscar-Irma-Noemi-Enrique-Kelly-Ony-Arnulfo

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Siempre ayude mucho a mis padres en los oficios de la casa

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
ayude mucho a mis padres con los labores de la casa no tuvo tiempo de estudiar por motivo que tuvo que ayudar a terminar de criar a los hermanos por que la mama fallecio

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Se casa tuvo sus hijos, le dio estudio trabajando con su esposo siempre para sacarlos adelante, cada uno consiguio su hogar

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive con el esposo y un hijo, el resto de hijos solo van de visita, estan mo pendientes de ellos colaborandoles en lo que ellos necesiten.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy trabajadora entregada a su hogar a sus hijos, cuida de su esposo ya que esta muy mal de salud.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 215262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Margarita Vargas de Sterling mayor de edad, identificado con cedula N. 26631078. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Margarita Vargas de Sterling
Edad: 93
Fecha de nacimiento: 07-Sep-1928
Lugar:
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Casada
Nombre del papá: Miguel Vargas
Nombre de la mamá: Virginia Gomez
Nombre de la esposa: Rogelio Sterling
Nombre los hijos: Reina-Leonor-Jaime-marina-Reina-Aurora-Saúl

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
muy trabajadora desde muy pequeña sembraba maiz vendian las cosechas que sacaba con su madre

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Conocio al esposo y se caso a los 15 años siguieron trabajando y llegaron al caserio y ayudaron a fundar el pueblo de Albania tuvo sus hijos y siguio trabando junto con su esposo

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
cundo iban a botar se pintaban los dedos de acuerdo al partido politico fue matarife junto con su esposo y asi saco a sus hijos adelante

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive con una hija usted responde por ella y la lleva al medico siempre y vela por que nada le falte los otros hyos le pagan la semana por el cuidado para comprarle frutas y vitaminas para la mama ya que ella esta postrada en cama.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

muy trabajadora desde
su infancia, siempre
cuidando su familia
la quiere mucho

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo María del Carmen Castro Ordoñez mayor de edad, identificado con cedula N. 26 631932. Autorizo al profesional en psicología Adriana María Palaca, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

María del Carmen Castro Ordoñez
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 30 Junio 2021

Nombre y apellidos: María del Carmen Castro
Edad: 57
Fecha de nacimiento: 01 - Agosto - 1963
Lugar: Florencia
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Israel Castro
Nombre de la mamá: Olga Ordoñez
Nombre de la esposa: Benjamin Olaya Cordoba
Nombre los hijos: Disney - Luis - Edinson - Eduar - Cristian

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Estudiaba y cuando salian se iban para la finca, ayudaba en la finca hacer aseo y demas obligaciones ayudaba en la crianza con sus hermanos

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
ayudaba hacer de comer, a lavar y demas labores no los dejaban salir solo en la finca, iban a misa y cuando en la vereda hacian eventos asistian.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Conocio su esposo se casaron llegaron los hijos vivieron en el campo luego se unieron al pueblo y los terminaron de criar luego el esposo con los pasos de los años enfermó y falleció ya sus hijos estaban adultos con sus hogares.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive con 2 hijos y nietos no puede trabajar por el problema de la artritis los hijos muy atentos a que nada le falte.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion Suministrada por la beneficiaria se observa que es una persona tranquila, trabajadora y hogarena
En ocasines se aflije por su enfermedad y por no poder trabajar ya que sus manos a causa de su enfermedad no lo permitan

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo María Elvira Ramos mayor de edad, identificado con cedula N. 26627494. Autorizo al profesional en psicología Adriana María Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 29-Junio-2021

Nombre y apellidos: Maria Elvira Ramos
Edad: 88
Fecha de nacimiento: 12-10-1932
Lugar: Belen de los Andaquies
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Separados
Nombre del papá: Onorio Ramos
Nombre de la mamá: Juanita Cuellar
Nombre de la esposa: Leonardo Cuellar
Nombre los hijos Oridio-Albero-Omar-Leonardo-Dionisio-Carlos-Elci

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Trabajo siempre y vivia con sus hermanos y madre.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Trabajando al lado de la madre.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
a los 25 años se caso tuvo sus hijos los siguio Criando con su esposo se dejo con su esposo ella siguio con sus hijos hasta que todos tuvieron su familia.

ASÍ SOY AHORA:
Vive con un hijo y se la pasa en casa, por la enfermedad no puede trabajar se la Pasa con el hijo el esta pendiente de ella.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion suministrada por la beneficiaria se aprecia que fue trabajadora ama a sus hijos y aunque actualmente se encuentra impedida para trabajar no le gusta estar quieta ya que se encarga de las labores de la casa

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo María Elvira Gomez De Cordoba mayor de edad, identificado con cedula N. 26 631431. Autorizo al profesional en psicología Adriana M. Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 28 Junio 2021

Nombre y apellidos: Maria Elvira Gomez de Cordoba
Edad: 70
Fecha de nacimiento: 09-Abril-1951
Lugar: Albania
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Juan Esteban Gomez
Nombre de la mamá: Carmen Chilito
Nombre de la esposa: Jorge Cordoba
Nombre los hijos: Olmo - Marlen - Loz Bary - Doris - Belcy - Yhoana - Caibo

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

trabajando en el campo jugando con los hermos y amigos de la vereda y ayudando a criar los hermanos menores.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

En casa con sus padres y hemanos y delegaban mas fonciones y hacian la comida a los trabajadores. conocio a su esposo se caso a los 16 años

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Trabajo con su esposo tuvieron sus viene sus hijos, el esposo padeco de cancer lucharon 4 años por la salud de el pero siempre la enfermedad gano sus hijos se fueron con sus familias

ASÍ SOY AHORA:

Actualmente vive sola los hijos estan pendientes de ella, no trabaja esta en casa

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion suministrada por la beneficiaria se observa que es una persona trabajadora, amorosa y quere mucho a sus hyos aunque no viuan cerca a ella ama mucho Pasar tiempo con ellos

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana M. Palaao **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Maria Ilma Arbury mayor de edad, identificado con cedula N. 26631171. Autorizo al profesional en psicologia Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Maria Ilma Antory
Edad: 87
Fecha de nacimiento: 06-17-1933
Lugar: Huila
Escolaridad: 4 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casada
Nombre del papá: Jose antory
Nombre de la mamá: Ramona Parra
Nombre de la esposa: Eliecer Calderon
Nombre los hijos: Ofir- Jhon- Aracely- Doris- Ever

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Fue una infanca sana acompañada de sus Padres

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Eran muy Pobres pero vivian bien, era una muchacha de Casa

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Siempre colaboro a sus padres en las labores de Casa, una mujer muy Solidaria y amorosa con Su esposo e hijos.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive sola con su esposo por semanas los acompaña los hijas, la hija ofir los visita todos los dias y tiene una señora que los Cuida y ayuda en cosas de la casa.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria siempre fue muy noble y hogareña, muy trabajadora y entregada a su esposo e hijos

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo María Josefa Motta mayor de edad, identificado con cedula N. 26611228. Autorizo al profesional en psicología Adriana Rilaco, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

María Josefa Motta
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Maria Josefa Motta
Edad: 81
Fecha de nacimiento: 26-Agosto-1939
Lugar: Huila
Escolaridad: 3 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casada
Nombre del papá: Pablo Motta
Nombre de la mamá: Tiba Molina
Nombre de la esposa: Angelmiro salinas
Nombre los hijos: luz - Blanca Otilia - Ernesto - Angelmiro - orlando

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Tuvo una infancia tranquila, muy querida por sus Padres, ella siempre trabajo y ayudo a sus Padres en labores de casa

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

trabajaba mucho con los hermanos

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

se caso, tuvo sus hijos trabajo con su esposo para sacarlos adelante y darles estudio

ASÍ SOY AHORA:

Actualmente vive con el esposo ella lo cuida ya que desde que el enfermo no puede valerse por si mismo, los hijos le colaboran de vez en cuando

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiana trabajadora quieres mucho su familia y muy atenta con su esposo ya que tiene discapacidad.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo María Lucelida Rodríguez Gamboa mayor de edad, identificado con cedula N. 26 631 380. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha:

Nombre y apellidos: Maria Lucelida Rodriguez Gamboa
Edad: 76
Fecha de nacimiento: 02-02-1945
Lugar: Huila
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Bernabe Rodriguez
Nombre de la mamá: Maria de la Cruz
Nombre de la esposa: Lorenzo
Nombre los hijos: M. Lena.

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

No se acuerda

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

No se acuerda

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Tuvo una hija.

ASÍ SOY AHORA:

Vive con una hija y los nietos ellos mantienen pendiente de ella.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

La beneficiaria tiene perdida de memoria ya que no recuerda parte de su vida.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Maria Palaao **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las caracteristicas y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaria que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, asi como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Maria matilde Arena de Sierra mayor de edad, identificado con cedula N. 26.631516. Autorizo al profesional en psicologia Adriana Maria Pulgar, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Asi mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

M. Matilde Arena

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha:

Nombre y apellidos: Maria Matilde Arenas de Sierra
Edad: 64
Fecha de nacimiento: 10 Agosto 1956
Lugar: Sa Mateo Boyaca
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Vicente Arenas
Nombre de la mamá: Ana Irene Torres
Nombre de la esposa: Hernando Sierra
Nombre los hijos: Jairo - Carlos - alirio - wilson - marta - sida - Jaider - Alberto.

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Huerfana ya que su madre fallecio cuando ella tenia 2 años sus padre fue muy estricto a los 12 años se fué de la casa por que su padre les pegaba y se puso a trabajar en casas de familia en Neiva Con el tiempo ella volvio a la casa con su padre y luego al año se unieron al cafeta.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

llego al campo a trabajar, con su padre y su hermano ella siguio trabajando en el campo con su padre Se conocio con su esposo ya que la finca donde trabajaba era colindante con la del esposo

Se casaron empezaron a llegar los hijos empezaron a viajar a otros departamentos y pueblos por cuestiones de trabajo y luego volvieron al cafeta con el paso del tiempo al esposo lo matan y a los dos años ella se vino al pueblo con sus hijos.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Sigue trabajando para sacar sus hijos adelante. ya sus hijos tienen sus hogares

Actualmente vive con dos hijos no trabaja sus hijos viven al perdiente de ella, ellos le colaboran en lo que mas pueden las otras hijas le ayuda. con lo que ellas pueden.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Se observa que la beneficiaria es una persona muy trabajadora y entregada a sus hijos quien son su unica compañia ahora.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio T.P. 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo María Nelcy Cabrera de Soto mayor de edad, identificado con cedula N. 26628210. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Maria Nelcy Cabiera Soto
Edad:
Fecha de nacimiento: 15-Abril-1950
Lugar: Belen de los Andaquies
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Separada
Nombre del papá: Justiniano Cabrera
Nombre de la mamá: Maria ines anacona
Nombre de la esposa: Samuel soto
Nombre los hijos: Carlos-Cecilia-Orfilio

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
vivio con sus padres, ayudaba en los cleaseres de la casa, sus padres no le dieron estudio.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
la hicieron casar de 14 años, tuvo sus hijos y por mala vida que llevaba con el lo dejo y siguio trabajando para ella y sus hijos.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Siguio trabajando para darle estudio a sus hijos y que nada les faltara, cada uno termino sus estudios y tienen su hogar.

ASÍ SOY AHORA:
Vive con un nieto el cual ella fue quien lo crio como un hijo, el la cuida, y sus otros hijos le colaboran en lo que ellos pueden y ella necesita:



HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy trabajadora
y quiere mucho a su familia.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 215262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo María Oliva Polania mayor de edad, identificado con cedula N. 26631270. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

M Oliva Polania
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: María Oliva Polanía
Edad: 83
Fecha de nacimiento: 25-Marzo-1938
Lugar: Belen de los Andaquies
Escolaridad: 2 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Jose Polanía
Nombre de la mamá: Rafaela Hoaca
Nombre de la esposa: Fransisco Salcedo
Nombre los hijos: Alberto-Salomon-Ofelia-Miriam

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
trabajo en la finca con sus padres, su Padre tenia una carniceria

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
cuando estaba mas joven ayudaba a su padre en la carniceria y ayudaba haciendo comida para los trabajadores en la finca.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Se caso estuvo con su esposo tuvieron sus hijos trabajo junto con su esposo saco a sus hyos adelante los formo y les dio a cada uno su estudio hasta que todos tuvieron su hogar, con los años su esposo fallece y ella queda Sola

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive sola pero sus hyos estan muy pendientes de ella, le ayudan mucho con lo que ella necesita y no la dejan Sola.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Se observa que es muy trabajadora quiere mucho a su familia y ellos a ella muy social y colaboradora

Firma del profesional: _____

Nombre: Adrian Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo María Senobia Díaz Mahecha mayor de edad, identificado con cedula N. 20.810.599. Autorizo al profesional en psicología Adriana María Rojado Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Maria Senobia Diaz Hahecha
Edad: 88 años
Fecha de nacimiento: 10 Diciembre 1930
Lugar: Tolima
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viuda
Nombre del papá: Antonio Diaz
Nombre de la mamá: Ines Hahecha
Nombre de la esposa: Guillermo Enavo
Nombre los hijos: Jairo, Jose, Orlando, Elizabet, Ligia, y Judith

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Mucho trabajo, cocinar para los trabajadores Traer leche toda mi niñez en el campo

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Me quedo huerfano me llevaron a un internado en girardot hasta los 16 años cuando Sali del horfanato llegue a la casa de mi mama.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Conseguí mi primer Pareja a los 18 años Segui trabajando lavando ropa Para Criar mis hijos.

ASÍ SOY AHORA:
Se encuentra con dos hijos depende totalmente de ellos, viviendo pasar el tiempo.

bania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la informacion suministrada por la beneficiaria Podemos observar que es Persona trabajadora, amorosa y entregada a su familia

la beneficiaria no presenta ningun transtorno ni enfermedad mental que amerite la intervencion, por ser una Persona equilibrada mentalmente y emocionalmente.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

Abania

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Norberto Gomez mayor de edad, identificado con cedula N. 1657595. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Norberto Gomez
Edad: 86
Fecha de nacimiento: 06-Junio-1935
Lugar: Huila
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Casado
Nombre del papá:
Nombre de la mamá: Fransisca Gomez
Nombre de la esposa: Nidia Quintero
Nombre los hijos: Alejandrina-Acira-Miriam-Hermes Alberto-Yolanda

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

No recuerda

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

Trabaja en el campo, tomar aguardiente y le gustaba mucho las fiestas

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Trabaja en el campo y se ganaba 10 Centavos vivia muy feliz con sus hijos y esposa hasta que ella falleció luego conoció a su actual esposa se casó con ella tuvieron hijos y vivia muy contento con sus hijos con los años ellos formaron su hogar y se van quedando el y su esposa trabajo hasta el dia que enfermo

ASÍ SOY AHORA:

Actualmente el no puede hacer nada ya que el esta muy enfermo y se esposa es quien esta pendiente de que todo lo que el necesita lo tenga sus hijos estan pendientes de el ayudan en lo que mas puedan.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario quiere mucho a su familia a pesar de sus condiciones de salud.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Otoniel Montoya Isaza mayor de edad, identificado con cedula N. 17637095. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Oloniel Montoya Isaza
Edad: 58
Fecha de nacimiento: 20 Julio - 1963
Lugar: Valparaiso
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltero
Nombre del papá:
Nombre de la mamá: Virgelina Isaza
Nombre de la esposa:
Nombre los hijos:

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

No recuerda

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

Huerfano y el se crio con un amigo de una tia se fue con el para el huila a trabajar lo ponian hacer trabajo de campo y se aburrio y se fue para otro finca.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Se ganaba su jornal se devolvio a buscar su familiares pero no los encontro se quedo aca trabajando y preguntando por su familia pero nadie le dio raton se junto con una señora pero se aburrio y se dejaron luego ella murio

ASÍ SOY AHORA:

Actualmente se rebusca el diario vendiendo guayabas y lo que encuentre. vive solo y ahora come en el centro vida una gran ayuda.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario se siente muy solo ya que no pudo encontrar su familia, muy trabajador y calmado

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Rosalba Cabrera de Alvarez mayor de edad, identificado con cedula N. 26631987. Autorizo al profesional en psicología Adriana M Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Rosalba Cabrera
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Rosalba Cabrera de Alvarez
Edad: 64
Fecha de nacimiento: 9-01-1957
Lugar: Albania
Escolaridad: 2 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casada
Nombre del papá: Israel Cabrera
Nombre de la mamá: Melida Carvajal
Nombre de la esposa: Jose Wilson Alvarez
Nombre los hijos: Nidia Mari, Libardo, Wilson, Alfredo,

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Vivia con los padres en la finca, ayudaba en labores de la casa, luego estudio 2 años, luego no estudio mas que eran muchos hermanos y todos tenian que estudiar, ya que entre todos se ayudaban en la crianza, eran muy unidos como hermanos.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Siempe estuvo en casa con sus padres y hermanos, todos eran muy unidos y siempre en su hogar hasta que se caso a los 18 años

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Se caso a los 18 años vivieron en el caserio la mona empezaron a llegar los hijos los criaron una parte de tiempo en la finca luego se vinieron al pueblo los pusieron a estudiar con el tiempo cada uno formo su hogar ellos vivieron con el menor hasta que termino su estudio, el formo su hogar y ellos quedaron ya solos, los hijos estan pendientes de el.

ASÍ SOY AHORA:
Ellos actualmente viven solos, los hijos estan pendientes llamandolos cuando pueden venir a verlos vienen ya que ellos viven lejos.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy trabajadora muy hogarera y entregada a su hogar, muy calmada tuvo una infancia muy tranquila

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana M. Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Rosa Caballos Gasca mayor de edad, identificado con cedula N. 40761632. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

*RosaCuBillo
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Rosa Caballos Gasca mayor de edad, identificado con cedula N. 40761632. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

*RosaCuBillo
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Rosca cobillos Gasca
Edad: 63
Fecha de nacimiento: 25-Junio-1958
Lugar: Albania
Escolaridad: 2 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: soltera
Nombre del papá: Jorge cobillos
Nombre de la mamá: Soledad Gasca
Nombre de la esposa: Martiniano soto
Nombre los hijos: Sandra-Gilberto-Liliana-Jhon Eduar.

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Jugaba, iba estudiar, ayudaba en la casa cuando su madre murio, ellos se fueron de la casa y sufno mucho el padre se caso con otra señora y les dio mala vida.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
el papá los mandaba a trabajar en la finca a sembrar yuca y platano casi no estudio porque el padre lor mandaba a ~~t~~trabajar.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Tuvo sus hijos y se encargo de la casa

ASÍ SOY AHORA:
Ahora vive sola sus hyos estan pendiente de ella y viene al centro vida a divertirse.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy trabajadora e independiente quiere mucho a su familia.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Rosalba Villa Real mayor de edad, identificado con cedula N. 26 611 819. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 28-06-2021

Nombre y apellidos: Rosalva Villareal
Edad: 81
Fecha de nacimiento: 24-10-1939
Lugar: Holla
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltera
Nombre del papá: Andres villareal
Nombre de la mamá: Octivia villareal
Nombre de la esposa:
Nombre los hijos: Martha

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
No tuvo una infancia ni hogar, Como muchos niños ya que con la mamá solo fue trabajo, cuando tenia 7 años el hermano se la llevo con el y los dos trabajaron el en labores del campo y ella en casas de familia hacia aseo y labores del hogar.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
De joven se fue para Neiva con una tia y a los 20 anos se devolvio para el caqueta.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Vivio en florencio un tiempo me case tuve mis hijos vivio con el papa de los hijos 14 anos luego se separo y se entrego al evangelio

ASÍ SOY AHORA:
Vive sola en la casa, la familia no le ayuda agradece al centro vida y a vecinos y amigos que siempre le ayudan y no la desamparan ya que los hijos no estan muy al pendiente de ella.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy trabajadora quiere a su familia a pesar que ellos no estan al tanto de ella ni de sus necesidades, muy calmada y muy colaboradora

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Amado **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Rosana Pudor de Palanco mayor de edad, identificado con cedula N. 26572 911. Autorizo al profesional en psicología Adriano Mario Palago Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 28 | 06 | 2021

Nombre y apellidos: Rosana Audor
Edad: 87 años
Fecha de nacimiento: 17 enero 1934
Lugar: Suaza Huila
Escolaridad: Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casada
Nombre del papá: Trinitario Audor
Nombre de la mamá: Jovita Cuero
Nombre de la esposa: Dario Polanco
Nombre los hijos: Fabio, Maria Ines, Josy, Antonio, Marina, Dari, Tiffany

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

No recuerda

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

Era Alegre, trabajadora, siempre he estado en casa con mi familia.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

me case a los 20 años tuve mis hijos trabaje con mi esposo en el campo sacamos nuestros hijos adelante, con el tiempo nos vinimos para el pueblo.

ASÍ SOY AHORA:

me la paso aca en la casa, inquieta vivo con una hija. dos de mis hijos siempre vienen a visitarnos.

bania

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

En el momento se encuentra viviendo con un -Hijo, quien manifiesta que la mamá fue diagnosticado de (Ab) Alzheimer, por tal motivo es ella cuidada por su hijo y nuera quienes nos suministran información acerca de como fue su vida.

la Beneficiaria quien fue diagnosticada con Alzheimer sufre un deterioro de la memoria, lo que causa dificultad para recordar, eventos se le dificulta concentrarse, planificar o resolver problemas y dificultad para completar tareas diarios.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Rufina Romero Granados mayor de edad, identificado con cedula N. 26631932. Autorizo al profesional en psicología Adriana María Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Rufina Romero
Edad: 86
Fecha de nacimiento: 31-12-1935
Lugar: Chaparral Tolima
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltera
Nombre del papá: Salvador Romero
Nombre de la mamá: Anita Granados
Nombre de la esposa: Carlos Julio Tara
Nombre los hijos: Rosalba, Arbey, Nolberto, Aleida

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Trabajo desde muy pequeña, vivia con la madre y hermanos

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

Muy trabajadora vivio con su madre y hermanos siempre

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

Trabajaba en casa de familia, tuvo su esposo tuvo su esposo con el cual tuvo sus hijos el falleció y la esposa siguio trabajando para sacar sus hijos adelante

ASÍ SOY AHORA:

Vive con una hija la cual esta pendiente de ella responde por ella y aveces los hermanos responder por ella ya por edad no trabaja.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Con la información Suministrada por el beneficiario se observa que es una persona trabajadora y hogareña

La beneficiaria no presenta ningun trastorno y a nivel emocional se encuentra equilibrada

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Portocio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Silvio Alarcón mayor de edad, identificado con cedula N. 4938316. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Silvio Alarcon
Edad: 72
Fecha de nacimiento: 30-Julio-1948
Lugar: Huila
Escolaridad: 5 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casado
Nombre del papá: Leonidas Papy-
Nombre de la mamá: Adela Alarcon
Nombre de la esposa: Lucila Avdor
Nombre los hijos: Luzdary-Alberto-Jhon-Silvio-Manuel-Manuela-adriana.

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Fueron 5 hijos sus padres se separan y ellos quedaron con su abuela la madre luego de un tiempo ella consiguio otra persona se caso pero ellos siguieron con su abuela el hermano mayor se vino para el caqueta.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
luego el hermano se vino a trabajar y se trajo a coger arroz el siguio trabando solo, en fincas por todo el caqueta.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Se presento al ejercito estuvo 2 años salio siguio trabajando luego conocio la esposa se caso tuvo los hijos siguio trabajando saco una tierra en el huila, la guerrilla los desplazo de su finca vivio una epoca muy dura por las guerrillas luego se salio de hay y se vino para el caqueta siguio trabajando saco su familia sus hijos adelante pero despues se vino para albania con su familia porque la guerrilla los saco de donde vivian.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive en albania arregla electrodomesticos vive solo ningun hijo esta pendiente de el no le ayudan en nada el se rebusca su dia a dia.



HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario trabajador y muy colaborador con su ex mujer ya que en condiciones de salud esta muy mal.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Sotero Carabal mayor de edad, identificado con cedula N. 14659473. Autorizo al profesional en psicología Adriana M. Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Sotero Carabal
Edad: 91
Fecha de nacimiento: 15-Septiembre-1930
Lugar: El tambo
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viudo
Nombre del papá:
Nombre de la mamá:
Nombre de la esposa: Ana Julia
Nombre los hijos:

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
No tuvo estudio, la mamá no lo trataba como un hijo y la relacion con mi Papá no fue buena, trabaje en el campo, me crie con dos hermanos rosalba y antonia

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Trabaje en el campo le gustaba sembrar, maiz, platanos y yuca

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Tuvo mujer, tuvieron a sus hijos adelante tiempo despues la esposa murio

ASÍ SOY AHORA:
Ahora vive solo, aveces mantiene muy enfermo una hija esta al pendiente de el, le lleva la comida que le dan en el centro vida.




HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario muy trabajador.
extraña a su esposa ya
por los años y la enfermedad
no se puede valer por si solo

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Teresa Ezquivel mayor de edad, identificado con cedula N. 20114298. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Tereza Esquivel
Edad:
Fecha de nacimiento: 4 - 10 - 1937
Lugar: Coyaima
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: viuda
Nombre del papá: Nicolas Ayala
Nombre de la mamá: Teodora Esquivel
Nombre de la esposa: Floro Malambo
Nombre los hijos: floriliano - Reinelio - Karmen - Maria - lucila - Belland

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Huerfana, quedo con sus dos hermanos, quedaron con unos familiares

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Se fue para bogota, con una señora a trabajar de niñera, la familia para la que trabajo la queria mucho luego se vino para el caqueta a trabajar.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
luego se fue para el tolima; a trabajar, aya conocio a su esposo se caso tuvo sus hijos trabajo con su esposo, luego el se volvio muy mujeriego y consiguio otra esposa la dejo con sus hijos y ella se encargo de levantar a sus hijos sola y les dio estudio

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive con una hija ella la cuida y otros hijos vienen a visitarla.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria muy trabajadora quiere a su familia y su familia estan pendiente de ella

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Tomas Samboni Samboni mayor de edad, identificado con cedula N. 4625173. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Tomas Samboni Samboni
Edad: 79
Fecha de nacimiento: 06 - Mayo - 1942
Lugar: Bolivar Cauca
Escolaridad: 2 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casado
Nombre del papá: Julio Samboni
Nombre de la mamá: Paulina Samboni
Nombre de la esposa: Luz Gerardina Buitron
Nombre los hijos: Oscar-Irma-Noemi-Enrique-Kelly-Ony-Arnulfo

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Desde pequeño siempre trabajando, vivia con sus padres y hermanos en el campo

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Pago servicio militar, al terminar su servicio el siguio trabajando hasta que conocio a su esposa.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Se caso de 25 anos se traslado al Caqueta se radico tuvo sus hijos, siguio trabando saco su familia adelante le dio estudio y cada uno formo su hogar.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive con su esposa y una hija que estan pendiente de el ya que se encuentra enfermo y su esposa e hijos estan cuidandolo siempre.



HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario muy optimista a pesar de estar en una enfermedad terminal.
Siempre fue muy trabajador buen esposo y padre.

Firma del profesional: _____
Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 23262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Toribio Palacios mayor de edad, identificado con cedula N. 4917096. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA



HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: 28 Junio 2021

Nombre y apellidos: Tomas Pajajoy
Edad: 80
Fecha de nacimiento: 16 - Abril - 1941
Lugar: Arboleda Nariño
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Soltero
Nombre del papá: Salvador Gomez
Nombre de la mamá: Maria Pajajoy
Nombre de la esposa:
Nombre los hijos:

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Era trabajando vivia en una Cordillera con su familia eran de escasos recursos el padre murio y la mama consiguio otro esposo y los trataba mal.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Trabajo en el campo ganaba por centavos porque eran muy pobres cuando iba a trabajar a un lugar y lo reganaban o trataban mal el se iba.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Siguio trabajando de finca en finca se vino para el caqueta se quedo trabajando aca de Cuidador y pastor, nunca consiguio mujer ni nada de obligaciones.

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive donde un amigo no trabaja ellos estan pendiente de el. le ayudan con alguna cosa que el necesite. la Policia lo ayuda en Ocasiones.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

El Beneficiario es una persona calmada muy respetuoso y se nota que es muy trabajador y agradecido con las personas que estan pendientes de el.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Maria Palacio **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Victor Imbachi Chilito mayor de edad, identificado con cedula N. 1.927.617. Autorizo al profesional en psicología Adriana Palacio Bermeo, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Victor imbachi

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Victor Imbachi Chilito
Edad:
Fecha de nacimiento: 21-10-1932
Lugar: San Agostin
Escolaridad:
Nombre de la institución:
Estado civil: Viudo
Nombre del papá: Ruperto Imbachi
Nombre de la mamá: Rupeito Chilito
Nombre de la esposa: Evangelina Muñoz
Nombre los hijos: Blanca-Maria-Fernando-Carlos-Javier-Victor

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:

Se crio trabajando, fueron muy pobres, vivio con sus padres

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:

No recuerda

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:

No recuerda

ASÍ SOY AHORA:

Mantiene en casa vive con una hija, ella no cuida y lo atiende, ya no trabaja por la edad y problemas de salud.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiario con memoria selectiva ya que solo recuerda parte de su vida.

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 713262

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Abdias Mendez Olaya			
Número de Identificación: 17627319	Expedida en: Florencia		
Fecha De Nacimiento: 30-10-1953	Edad: 67		
Lugar De Nacimiento: Florencia			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 6 N° 20-17 Barrio Centro			
Teléfono: 3208131805			
Con quien Vive: Solo: X Acompañando:		Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia: Valle-Albania-Huila.			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X No:		Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: No: Nivel: IPS:			
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual: —	
Toma algún medicamento: NO	Cuales: —		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 1 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Jose Douier Mendez Cabrera	Parentesco: Hijo	
Teléfono Del Acudiente:	3228083950		

Albania

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Abdon Rodriguez Betancourt			
Número de Identificación: 189368	Expedida en: Cundinamarca		
Fecha De Nacimiento: 20 Enero 1934	Edad: 86		
Lugar De Nacimiento: Cundinamarca			
Género: Hombre: x	Mujer:		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio Villa Amazonico			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: x	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Hipertencion	
Toma algún medicamento: Si	Cuales: Losartan.		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si	Cual: Colombia Mayor		
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna: x
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno x
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:		Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente:			

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Agustin Trujillo Calderon
Número de Identificación: 6666737 Expedida en: San Juan de aramo
Fecha De Nacimiento: 12-07-1940 Edad: 81
Lugar De Nacimiento: Suaza Huila
Género: Hombre: X Mujer:
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: Kr 4 N° 6-24
Teléfono: 3212847383
Con quien Vive: Solo: X Acompañando: Cuanta personas Conforman su hogar: 1
Donde vive su Familia: Albania
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: X No: Cual: Asmed Salud
SISBEN: Si: No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: X Cual: Hipertencion
Toma algún medicamento: Si Cuales: Enalapril-Hidroclorotiazida,
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO
Recibe algún tipo de Subsidio: Si Cual: Colombia Mayor
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer X b) Escribir X c) Sumar X d) Restar X
e)Multiplicar X f) otros g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: X Grado alcanzado: 2 Primaria
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnologo d) Universidad: i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Ofelia Valderrama Parentesco: Sobrina
Teléfono Del Acudiente 3115439397

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Alejandro Arturo Romero Suarez			
Número de Identificación: 7927 6339	Expedida en: Bogota		
Fecha De Nacimiento: 5 - Febrero - 1963	Edad: 58		
Lugar De Nacimiento: Bogota			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio Centro			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo: X Acompañando:		Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia: Bogota			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X No:		Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: No: Nivel: IPS:			
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual:	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: NO		Cual:	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 3 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:		Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente:			

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

BENEFICIARIOS CENTRO VIDA

1. DATOS PERSONALES

Nombres Completos: Alicia Taborda

Número de Identificación: 26631095 Expedida en: Albania

Fecha De Nacimiento: 13-Febrero-1930 Edad: 91 años

Lugar De Nacimiento: Bolivar Antioquia

Género: Hombre: Mujer: X

2. LOCALIZACIÓN

Dirección de residencia: Calle 3 N° 4-23 B/Brisas

Teléfono: No

Con quien Vive: Solo: Acompañando: x Cuanta personas Conforman su hogar: 6

Donde vive su Familia: Albania

3.SALUD

Seguridad Social En Salud: Si: X No: Cual: Asmed Salud

SISBEN: Si: No: Nivel: IPS:

Presenta alguna alteración de Salud: NO Cual:

Toma algún medicamento: NO Cuales:

4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN

Ocupación actual: En Casa

Cuenta con algún empleo para su Sustento: No

Recibe algún tipo de Subsidio: Si Cual: Colombia Mayor

5. EDUCACIÓN

Sabe usted?

a) Leer X b) Escribir X c) Sumar X d) Restar X

e)Multiplicar f) otros g) Ninguna

Nivel Educativo Alcanzado:

a)Primaria: X Grado alcanzado:

b)Secundaria Grado Alcanzado

e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno

6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA

Nombres Del Acudiente: Diana Magnolia Trujillo Parentesco: Nieta

Teléfono Del Acudiente 312 482 3667

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Ana Beatriz Ortiz Lopez			
Número de Identificación: 40758874	Expedida en:		
Fecha De Nacimiento: 11-Sep-1956	Edad: 65		
Lugar De Nacimiento: Belen de los Andaquies			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio villa Amazonico			
Teléfono: 3112409799			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 4	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No: Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Tuberculosis	
Toma algún medicamento:	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer x	b) Escribir x	c) Sumar x	d) Restar x
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: x	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:		Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente:			

Albania

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Ana Matilde Alvarez de Granja			
Número de Identificación: 26632792	Expedida en: Riohacha		
Fecha De Nacimiento: 26 Enero 1945	Edad: 76		
Lugar De Nacimiento: Puerto rico			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio las brisas			
Teléfono: 314 2578249			
Con quien Vive: Solo: X	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmet Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud:		Cual:	
Toma algún medicamento:	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 2 Primaria.		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Faiber Gustabo Granja		Parentesco: Hijo	
Teléfono Del Acudiente:			

Albania
HUMILDAD - EXPERIENCIA - GESTIÓN
HAROLD ALBERTO PÉREZ CUELLAR

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Ana Rosa Antury			
Número de Identificación: 26.435490	Expedida en: Acevedo		
Fecha De Nacimiento: 07-05-1937	Edad: 84 Años		
Lugar De Nacimiento:			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Cra 7 N° 3-25 b/Brisas			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia:			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No: Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud:		Cual:	
Toma algún medicamento:	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual:			
Cuenta con algún empleo para su Sustento:			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Ramón Antury		Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente: 3115697469			

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Auracely Rojas Cordoba			
Número de Identificación: 26 628 584	Expedida en: Belen de los Andaquies		
Fecha De Nacimiento: 16 Agosto-1956	Edad: 64		
Lugar De Nacimiento: Belen de los Andaquies			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 6 N° 6-12 Barrio Centro			
Teléfono: 3142687281 - 3203771054			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 4	
Donde vive su Familia: Albania.			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No: X Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: X		Cual: Hipertencion, Diabetes Gastritis	
Toma algún medicamento: X	Cuales: Lozartan - Omeprazol. Milanta		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No			
Recibe algún tipo de Subsidio: X		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e) Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a) Primaria: X	Grado alcanzado: 5 Primaria		
b) Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f) Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Maira Deicy Rojas	Parentesco:	Hija
Teléfono Del Acudiente	3203771054		

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Angelmiro Salinas Barrera			
Número de Identificación: 4.953.537	Expedida en: Florencia Caqueta		
Fecha De Nacimiento: 10-11-1937	Edad: 84 Años		
Lugar De Nacimiento: Florencia Caqueta			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 4 N° 3-54			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Albania y Sanjose			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Ninguna		Cual:	
Toma algún medicamento: Ninguno	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: Ninguno			
Recibe algún tipo de Subsidio: X		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Josefa Motta		Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente: 3144561462			

Albania
HUMILDAD · EXPERIENCIA · GESTIÓN
HAROLD ALBERTO PEREZ CUELLAR

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Balbina Perdomo Artunduaga			
Número de Identificación: 26 630 165	Expedida en: Belen de los Andaquies		
Fecha De Nacimiento: 18 Enero 1952	Edad: 69		
Lugar De Nacimiento: San Jose del fragua			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 6 N° 3-38 Barrio Villa Amazonico			
Teléfono: 3145548298			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 4	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: X No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Vejiga Caida-Hipertencion	
Toma algún medicamento: Si	Cuales: Losartan-		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e) Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a) Primaria: Si	Grado alcanzado: 5 Primaria		
b) Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f) Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Lina Marcela Cruz Calderon		Parentesco: Nieta.	
Teléfono Del Acudiente	3102563222		

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Beatriz Robles de Hurtatis
Número de Identificación: 40 725 020 Expedida en: El Doncello
Fecha De Nacimiento: 10-09-1941 Edad: 79
Lugar De Nacimiento: Florencia
Género: Hombre: Mujer: X
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: calle el centro
Teléfono: 3108059532
Con quien Vive: Solo: X Acompañando: Cuanta personas Conforman su hogar:
Donde vive su Familia:
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: X No: Cual: Asmed Salud
SISBEN: Si: X No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: NO Cual:
Toma algún medicamento: Cuales:
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO
Recibe algún tipo de Subsidio: SI Cual: Colombia Mayor
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer X b) Escribir X c) Sumar X d) Restar X
e)Multiplicar X f) otros g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: X Grado alcanzado: 5 Primaria
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Olga Hurtatis Parentesco: Hija
Teléfono Del Acudiente

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Bernarda leiton de bahos			
Número de Identificación: 20-05-1948	Expedida en: Belen de los andaques		
Fecha De Nacimiento: 26 6 28 615	Edad: 72		
Lugar De Nacimiento: Belen de los Andaques			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: B/ Brisas			
Teléfono: 3124879343			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: x	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: No:	Nivel: IPS:		
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Hipertencion	
Toma algún medicamento: Si	Cuales: losartan		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 2 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Hector Robledo	Parentesco:	Esposo
Teléfono Del Acudiente:	3124879343		

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Bertha Zamudio de Cabrera			
Número de Identificación: 27 358 907	Expedida en: Mocoa		
Fecha De Nacimiento: 31-12-1943	Edad: 77		
Lugar De Nacimiento: Putumayo			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 3-8 B/ Brisas			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 3	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmet Salud	
SISBEN: Si: No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual: Colombia Mayor	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Blanca Ines Cabrera		Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente: 3138165140			

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Blanca Inés Cargas Mejra			
Número de Identificación: 26631562	Expedida en:		
Fecha De Nacimiento: 4 - Noviembre - 1962	Edad: 58		
Lugar De Nacimiento: Albania			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia:			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia:			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmet Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual: —	
Toma algún medicamento: NO	Cuales: —		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 5 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:		Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente:			

Albania

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Blanca Otilia Palechor
Número de Identificación: 36 110 033 Expedida en: Isnos
Fecha De Nacimiento: 03-Agosto-1946 Edad:
Lugar De Nacimiento: San Agustin
Género: Hombre: Mujer: X
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: Barrio las brisas
Teléfono: 3228729782
Con quien Vive: Solo: X Acompañando: Cuanta personas Conforman su hogar: 1
Donde vive su Familia: Albania
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: X No: Cual: Asmed Salud
SISBEN: Si: X No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Si Cual: Columna
Toma algún medicamento: NO Cuales:
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO
Recibe algún tipo de Subsidio: Si Cual: Colombia Mayor
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer X b) Escribir X c) Sumar X d) Restar X
e)Multiplicar f) otros g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: Grado alcanzado:
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Mayerly Carvajal Aracona Parentesco: Nieta
Teléfono Del Acudiente

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Carmen Rosa Villa Quinchia
Número de Identificación: 36171636 Expedida en: Neiva
Fecha De Nacimiento: 28-07-1958 Edad: 63
Lugar De Nacimiento: Florencia
Género: Hombre: Mujer: X
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: Calle 3 N° 3-42
Teléfono: 3157601596
Con quien Vive: Solo: Acompañando: X Cuanta personas Conforman su hogar: 3
Donde vive su Familia: Albania
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: X No: Cual: Asmed Salud
SISBEN: Si: No: X Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: NO Cual:
Toma algún medicamento: NO Cuales:
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO
Recibe algún tipo de Subsidio: Si Cual: Devolucion del IVA
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer b) Escribir c) Sumar d) Restar
e)Multiplicar f) otros g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: Grado alcanzado:
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno: X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Yeimy Montilla Villa Parentesco: Hija
Teléfono Del Acudiente 3155445864

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Deyanira Lopez Mayorga			
Número de Identificación: 48 607 805	Expedida en: Bolivar Cauca		
Fecha De Nacimiento: 20-Marzo-1962	Edad: 59		
Lugar De Nacimiento: Bolivar Cauca			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Carrera 3 N° 34 Barrio Villa Amazonico			
Teléfono: 3219129430			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Popayan			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: X No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Osteoprosis	
Toma algún medicamento: Si	Cuales: No Sabe el nombre		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 2 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Jhon Fredy Burbon Lopez	Parentesco:	Hijo
Teléfono Del Acudiente:	3219129430		

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

BENEFICIARIOS CENTRO VIDA

1. DATOS PERSONALES

Nombres Completos: Dimas Carvajal Plata
Número de Identificación: 4960991 Expedida en: Albania
Fecha De Nacimiento: 25-12-1945 Edad: 76
Lugar De Nacimiento: Belen de los Andaquies
Género: Hombre: X Mujer:

2. LOCALIZACIÓN

Dirección de residencia: Calle 3 N° 6-59
Teléfono: 3102114135
Con quien Vive: Solo: Acompañando: X Quanta personas Conforman su hogar: 4
Donde vive su Familia: San Jose

3.SALUD

Seguridad Social En Salud: Si: Y No: Cual: Asmed Salud
SISBEN: Si: No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: X Cual: Diabetes
Toma algún medicamento: Si Cuales: Insulina-Merformina

4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN

Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO
Recibe algún tipo de Subsidio: Si Cual: Colombia Mayor

5. EDUCACIÓN

Sabe usted?

a) Leer X b) Escribir X c) Sumar X d) Restar X
e)Multiplicar X f) otros g) Ninguna

Nivel Educativo Alcanzado:

a)Primaria: Grado alcanzado:
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno

6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA

Nombres Del Acudiente: Ludwia Carvajal Muñoz Parentesco: Hija
Teléfono Del Acudiente:

Albania

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Elcira Gomez Palechor			
Número de Identificación: 40763443	Expedida en: Florencia		
Fecha De Nacimiento: 25-Abril-1963	Edad: 58		
Lugar De Nacimiento: San Agustin Cauca			
Género: Hombre:	Mujer: x		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Kr 9 N° 4-55 B/Turbay			
Teléfono: 3138880283			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: x	Cuanta personas Conforman su hogar: 3	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x	No:	Cual: Asmet Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Diabetes	
Toma algún medicamento: Si		Cuales: Glibenclamida, metformina	
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna x
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno x
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Diana Lorena Gomez		Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente: 3224355754			

Albania

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Elia Maria Cabrera Taborda
Número de Identificación: 26 631 520 Expedida en: Albania
Fecha De Nacimiento: 10 Septiembre 1954 Edad:
Lugar De Nacimiento: Albania
Género: Hombre: Mujer: X
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: Calle 2 A N° 6-03
Teléfono: 3115900096
Con quien Vive: Solo: Acompañando: Cuanta personas Conforman su hogar:
Donde vive su Familia: Cartagena del chaira
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: X No: Cual: Asmed Salud.
SISBEN: Si: No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: X Cual:
Toma algún medicamento: Cuales:
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No
Recibe algún tipo de Subsidio: Si Cual: Colombia Mayor
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer b) Escribir c) Sumar d) Restar
e)Multiplicar f) otros g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: Grado alcanzado:
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Yuly taborda Cabrera Parentesco: Hija
Teléfono Del Acudiente 3219285773

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Elecer Calderon Sterling			
Número de Identificación: 4.959.361	Expedida en: Belen de los Andaquies		
Fecha De Nacimiento: 07-12-1920	Edad: 100		
Lugar De Nacimiento: Tolima			
Género: Hombre: X	Mujer:		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 4 Nº 6-63 B/ centro			
Teléfono: No tiene			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No: Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual: Hipertencion	
Toma algún medicamento: No	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 1 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Ofir Calderon	Parentesco:	Hija
Teléfono Del Acudiente:	3212890931		

Albania

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Eloy Olaya Ayala			
Número de Identificación: 4 961 052	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 06-Abril-1941	Edad:		
Lugar De Nacimiento: Florencia			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio Turbay			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 5	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual: —	
Toma algún medicamento: NO	Cuales: —		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Hermencia Olaya de Sabina.		Parentesco: Hermana	
Teléfono Del Acudiente:			

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Elvira Calderon de Sepulveda
Número de Identificación: 26 615 221 Expedida en: Saladoblanco
Fecha De Nacimiento: 19 Junio 1944 Edad: 77
Lugar De Nacimiento: Florencia
Género: Hombre: Mujer: x
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: Barrio las brisas
Teléfono: 3115763081
Con quien Vive: Solo: Acompañando: x Cuanta personas Conforman su hogar: 3
Donde vive su Familia:
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: x No: Cual: Asmed Salud
SISBEN: Si: x No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Si Cual: Diabetes
Toma algún medicamento: x Cuales:
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO
Recibe algún tipo de Subsidio: Si Cual: Colombia Mayor
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer b) Escribir c) Sumar d) Restar
e)Multiplicar f) otros g) Ninguna x
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: Grado alcanzado:
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno x
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Danelly Sepulveda Parentesco: Hija.
Teléfono Del Acudiente

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Emilia Muñoz Cabiera			
Número de Identificación: 26628635	Expedida en:		
Fecha De Nacimiento:	Edad:		
Lugar De Nacimiento:			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio las brisas			
Teléfono: 3102114175			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 4	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: X No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Hipertensión-colesterol-Triglisendos	
Toma algún medicamento: Si	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio Si		Cual: Adulto Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Ludivia Carvajal Muñoz	Parentesco:	Hija
Teléfono Del Acudiente			

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Enelia Muñoz de Calderon			
Número de Identificación: 26 569 929	Expedida en: Salado blanco (Huila)		
Fecha De Nacimiento: 07-10-1931	Edad: 90		
Lugar De Nacimiento: Salado blanco			
Género: Hombre: X	Mujer:		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Kr 4 Nº 4-42			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 3	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: X		Cual:	
Toma algún medicamento: X	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si	Cual: Colombia Mayor		
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Eliana Alejandra	Parentesco:	Nieta
Teléfono Del Acudiente	3209774181		

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Erasmo Sierra Sierra			
Número de Identificación: 96357667	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 18-Julio-1959	Edad: 62		
Lugar De Nacimiento: Albania			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Vereda la Chorrosa			
Teléfono: 3214942814			
Con quien Vive: Solo: X Acompañando:		Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X No:		Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: No: Nivel: IPS:			
Presenta alguna alteración de Salud: SI		Cual: Deabetes	
Toma algún medicamento: NO	Cuales: NO		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: SI		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 2 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Eleanora Sierra		Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente:			

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Odelia Silba de Plazas
Número de Identificación: 63 273 592 Expedida en: Bucaramanga
Fecha De Nacimiento: 24-Agosto-1956 Edad: 64
Lugar De Nacimiento: El Pacjil
Género: Hombre: Mujer: X
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: Kr 4 N° 3-30 Barrio las brisas
Teléfono: 3172517223
Con quien Vive: Solo: X Acompañando: Cuanta personas Conforman su hogar: 1
Donde vive su Familia: Armenia - Garzon - Mexico
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: X No: Cual: Asmed Salud
SISBEN: Si: X No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Si Cual: Diabetes, Bertigo - hipertencion
Toma algún medicamento: Si Cuales: losartan-Acido acetilsalicilico-trazadona Pasedol.
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No
Recibe algún tipo de Subsidio: Si Cual: Colombia Mayor
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer X b) Escribir X c) Sumar X d) Restar X
e)Multiplicar f) otros g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: X Grado alcanzado: 5 Primaria
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Freddy Plazas Silva Parentesco: Hijo
Teléfono Del Acudiente 3209460266.

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Ezequiel Pimentel			
Número de Identificación: 4 960 576	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 10-04-1931	Edad: 90		
Lugar De Nacimiento: Suaza Huila			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 5 N° 6-33 B/ Centro			
Teléfono: No tiene			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 4	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: No:	Nivel: IPS:		
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Asma -	
Toma algún medicamento: Si	Cuales: Oxigeno		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna no
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Rosario	Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente:	3103119086		

Albania

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Fatty Parra de Gaviria			
Número de Identificación: 36273513	Expedida en: Pitalito		
Fecha De Nacimiento: 01-12-1959	Edad: 61		
Lugar De Nacimiento: Albania			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 6 N°08 Barrio Villa Amazonico			
Teléfono: 3212043084			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Diabes - Hipertencion	
Toma algún medicamento: Si		Cuales: losartan -	
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 3 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Juan David Gaviria		Parentesco: Hijo	
Teléfono Del Acudiente: 3204388744			

Albania

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Gentil Cruz Becerra
Número de Identificación: 4961123 Expedida en: Albania
Fecha De Nacimiento: 06-Junio-1944 Edad: 77
Lugar De Nacimiento: Belen de los Andaquies
Género: Hombre: Mujer:
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: Calle 6 N° 38 Barrio Centro
Teléfono:
Con quien Vive: Solo: Acompañando: x Cuanta personas Conforman su hogar: 4
Donde vive su Familia: Albania
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: x No: Cual: Asmed Salud
SISBEN: Si: x No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: NO Cual:
Toma algún medicamento: NO Cuales:
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO
Recibe algún tipo de Subsidio: Si Cual: Colombia Mayor
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer x b) Escribir x c) Sumar x d) Restar x
e)Multiplicar x f) otros g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: x Grado alcanzado: 2 Primaria
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Cinda Parentesco: Nieta
Teléfono Del Acudiente

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Gentil lopez Cabrera
Número de Identificación: 19283713 Expedida en: Bogota
Fecha De Nacimiento: 1954-10-19 Edad: 66
Lugar De Nacimiento: Zuasa huila
Género: Hombre: X Mujer:
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: Barrio brisas calle 2 carrera 6
Teléfono: 3123328599
Con quien Vive: Solo: Acompañando: X Cuanta personas Conforman su hogar: 4
Donde vive su Familia: Albania
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: X No: Cual: Asmed Salud
SISBEN: Si: X No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Artritis y tencion Cual:
Toma algún medicamento: Si Cuales: No sabe los nombres
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO
Recibe algún tipo de Subsidio: Si Cual: Colombia Mayor
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer X b) Escribir X c) Sumar X d) Restar X
e)Multiplicar X f) otros g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: X Grado alcanzado: 2 Primaria
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Robiela Sierra Parentesco: Sobrina
Teléfono Del Acudiente

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Gladys Fernandez Aley			
Número de Identificación: 36753806	Expedida en: Neiva		
Fecha De Nacimiento: 07-05-1953	Edad: 68		
Lugar De Nacimiento: Neiva			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Kr 3 N° 3-15 B/villa Amazonico			
Teléfono: 3108702378			
Con quien Vive: Solo: X	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia: San Jose del Fragua y Florencia			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No: Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual: Nevio Cuatico	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 3 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Gladys Fernandez Aley	Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente:	3108702378		

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Gloria Maria fajardo			
Número de Identificación: 26596640	Expedida en: Timana		
Fecha De Nacimiento: 09-Abril-1945	Edad: 76		
Lugar De Nacimiento: Garzon Huila			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 6 N°18 Barrio Villa Amazonico			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia:			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: X No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Hipertencion	
Toma algún medicamento: Si	Cuales: Enalapril.		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Carlos Augusto Rondo fajardo		Parentesco: Sobrino	
Teléfono Del Acudiente	3107512528		

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Hector Robledo			
Número de Identificación: 17680908	Expedida en: Belen de los Andaquies		
Fecha De Nacimiento: 14-02-1954	Edad: 65		
Lugar De Nacimiento: Belen de los Andaquies			
Género: Hombre: x Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: N° 3-31 Barrio las Brisas			
Teléfono: 3124879343			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: x	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x	No:	Cual: Asmet Salud	
SISBEN: Si:	No: Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual:	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer x	b) Escribir x	c) Sumar x	d) Restar x
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: x	Grado alcanzado: 3 Primario		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Hector Robledo	Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente:	3124879343		

Albania

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Heli Anturi Valbuena
Número de Identificación: 4960092 Expedida en: Belen de los Andaquies
Fecha De Nacimiento: Belen de los Andaquies Edad: 79
Lugar De Nacimiento: 24 Junio 1942
Género: Hombre: X Mujer:
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: Barrio Centro
Teléfono:
Con quien Vive: Solo: Acompañando: X Cuanta personas Conforman su hogar: 5
Donde vive su Familia:
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: X No: Cual: Asmet Salud
SISBEN: Si: X No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: X Cual: Dolor de Rodillas
Toma algún medicamento: NO Cuales:
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO
Recibe algún tipo de Subsidio: SI Cual: Colombia Mayor
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer X b) Escribir X c) Sumar X d) Restar X
e)Multiplicar X f) otros g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: X Grado alcanzado: 4 Primaria
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Ignacio Guevara Parentesco: Sobrino
Teléfono Del Acudiente

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Helsin Miriam Ortiz de Ayala			
Número de Identificación: 26631360	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 10-Marzo-1947	Edad: 74		
Lugar De Nacimiento: Belen de los Andaquies			
Género: Hombre:	Mujer: x		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia:			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo: x	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar:	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud:		Cual:	
Toma algún medicamento:	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer x	b) Escribir x	c) Sumar x	d) Restar x
e)Multiplicar x	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: x	Grado alcanzado: 4 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:		Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente:			

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Herlinda Duque de Rico			
Número de Identificación: 25137255	Expedida en: Samaná		
Fecha De Nacimiento: 31-12-1931	Edad:		
Lugar De Nacimiento: Caldas			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 5 N° 9-05 B/Turbay			
Teléfono: 3134736359			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia:			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No: Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Hipertension	
Toma algún medicamento: Si	Cuales: losartan		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Gloria Rico		Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente: 3107072806			

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Hermencia Olaya de Gaona			
Número de Identificación: 40726802	Expedida en: Doncello Caqueta		
Fecha De Nacimiento: 14-Julio-1956	Edad: 65		
Lugar De Nacimiento: Florencia			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 2A #6-13			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: ✓	Cuanta personas Conforman su hogar: 9	
Donde vive su Familia: Albania - Caqueta			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: ✓	No:	Cual: asmet salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Ninguna		Cual:	
Toma algún medicamento:		Cuales:	
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento:			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer ✓	b) Escribir ✓	c) Sumar ✓	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado: 1 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Yanet Olaya.		Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente: 3113355248			

Albania

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

BENEFICIARIOS CENTRO VIDA

1. DATOS PERSONALES

Nombres Completos: Humberto Gutierrez Tamayo

Número de Identificación: 4961 409 Expedida en: Albania

Fecha De Nacimiento: 14 - 11 - 1946 Edad: 75

Lugar De Nacimiento: Albania

Género: Hombre: X Mujer:

2. LOCALIZACIÓN

Dirección de residencia: Kr 2 N° 3-29

Teléfono: No tiene

Con quien Vive: Solo: x Acompañando: Cuanta personas Conforman su hogar:

Donde vive su Familia: Albania - San Jose - Florencia

3.SALUD

Seguridad Social En Salud: Si: x No: Cual: Asmed Salud

SISBEN: Si: x No: Nivel: IPS:

Presenta alguna alteración de Salud: No Cual:

Toma algún medicamento: Cuales:

4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN

Ocupación actual: En Casa

Cuenta con algún empleo para su Sustento: Ninguno

Recibe algún tipo de Subsidio: Si Cual: Colombia Mayor

5. EDUCACIÓN

Sabe usted?

a) Leer b) Escribir c) Sumar d) Restar

e)Multiplicar f) otros g) Ninguna x

Nivel Educativo Alcanzado:

a)Primaria: Grado alcanzado:

b)Secundaria Grado Alcanzado

e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno x

6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA

Nombres Del Acudiente: Ferley Gutierrez. Parentesco: Hermano

Teléfono Del Acudiente

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Jaime Cuellar Ramos			
Número de Identificación: 6767192	Expedida en: Tunja		
Fecha De Nacimiento: 07-Marzo-1962	Edad: 59		
Lugar De Nacimiento: Albania			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio El Centro			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo: X Acompañando:		Cuanta personas Conforman su hogar:	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X No:		Cual: Asmet Salud	
SISBEN: Si: X No: Nivel: IPS:			
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual:	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: NO		Cual:	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 5 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Jaime Cuellar Parra	Parentesco: Hijo	
Teléfono Del Acudiente	3133963871		

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Israel Cabrera Carbajal			
Número de Identificación: 17682039	Expedida en: Belen de los Andaquies		
Fecha De Nacimiento: 06-Mayo-1964	Edad: 57		
Lugar De Nacimiento: Albania			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio Turbay			
Teléfono: 3132306500			
Con quien Vive: Solo: X Acompañando:		Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X No:		Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: No: Nivel: IPS:			
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Hipertencion	
Toma algún medicamento: Si	Cuales: Losartan		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: NO	Cual: —		
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 3 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Israel Cabrera Carbajal		Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente: 3132306500			

Albania

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Ivan Collazos Ortiz
Número de Identificación: 17637602 Expedida en: Florencia
Fecha De Nacimiento: 24-Mayo-1964 Edad: 57
Lugar De Nacimiento: Albania
Género: Hombre: x Mujer:
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: Calles 5 N° 5-57 - Barrio Centro
Teléfono: 3202008165
Con quien Vive: Solo: x Acompañando: Cuanta personas Conforman su hogar: 1
Donde vive su Familia: Albania
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: x No: Cual: Asmed Salud
SISBEN: Si: No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Si Cual: Adiartritiz
Toma algún medicamento: NO Cuales: –
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO
Recibe algún tipo de Subsidio: NO Cual: NO
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer x b) Escribir x c) Sumar x d) Restar x
e)Multiplicar x f) otros g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: x Grado alcanzado: 3 Primaria
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Luz Dary Collazos Parentesco: Sobrina
Teléfono Del Acudiente

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Jesus Maria Aroca Pedraza			
Número de Identificación: Z 2879741	Expedida en: Dolores		
Fecha De Nacimiento: 19-03-1941	Edad: 80		
Lugar De Nacimiento: tolima			
Género: Hombre: X	Mujer:		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 4 Nº 5-42 B/centro			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 7	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No: Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: No		Cual:	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:X	Grado alcanzado: 3 Primana		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Ninfa Jasbleidy Aroca		Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente: 3176972251			

Albania

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Jesus Maria Valderrama Bermeo			
Número de Identificación: 4960939	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 29-Enero-1943	Edad: 76		
Lugar De Nacimiento: Suaza Huila			
Género: Hombre: x Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio Centro			
Teléfono: 3138053008			
Con quien Vive: Solo: x Acompañando:		Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x No:		Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: x No: Nivel: IPS:			
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual:	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: Vendedor Ambulante			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: *			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer x	b) Escribir x	c) Sumar x	d) Restar x
e)Multiplicar x	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: x	Grado alcanzado: 3 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Nibia Valderrama	Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente:	3132397520		

Albania

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Jose Apolican Ayala Prieto			
Número de Identificación: 4961424	Expedida en: San Vicente de Caguan		
Fecha De Nacimiento: 23 - Febrero - 1963	Edad: 58		
Lugar De Nacimiento: Albania			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio Centro			
Teléfono: 3188206614			
Con quien Vive: Solo: X	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia: Armenia			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual: —	
Toma algún medicamento: NO	Cuales: —		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: SI		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Jose Apolican Ayala	Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente	3188206614		

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Jose Segundo Crazo Cabrera.			
Número de Identificación: 1.860 404	Expedida en:		
Fecha De Nacimiento: 28-03-1924	Edad: 97		
Lugar De Nacimiento: Los Andes Nariño			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Kr 4 N° 6-55 Barrio las brisas			
Teléfono: 3112835806			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No: Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Hipertencion	
Toma algún medicamento:	Cuales: Alodipino-losartan-Hidrodoratiacida		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar
e) Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a) Primaria:	Grado alcanzado:		
b) Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f) Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Jose Dionicio Crazo	Parentesco:	Hijo
Teléfono Del Acudiente:	3112835806		

Albania

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Jose wilson Alvarez			
Número de Identificación: 4.961112	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 25-Mayo-1951	Edad: 70		
Lugar De Nacimiento: Quindio			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 5 N° 8-34 Barrio Toibay			
Teléfono: 3115715847			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Huila-Cauca-Payol-Cucuta.			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: X No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Hipertencion - Diabetes	
Toma algún medicamento: Si	Cuales: Losartan.		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: NO			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 2 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Wilfredo Alvaret Cabrera		Parentesco: Hijo	
Teléfono Del Acudiente: 3132535447			

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Juan Ades Gaviria Bermeo
Número de Identificación: 4.960916 Expedida en: Albania
Fecha De Nacimiento: 11-Agosto 1941 Edad: 79
Lugar De Nacimiento: Albania
Género: Hombre: x Mujer:
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: Calle 6 N° 108 Barrio Villa Amazonico
Teléfono: 3212043084
Con quien Vive: Solo: Acompañando: x Cuanta personas Conforman su hogar: 2
Donde vive su Familia:
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: x No: Cual: Asmed Salud
SISBEN: Si: x No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: x Cual: Hipertensión
Toma algún medicamento: x Cuales: No recuerda
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento:
Recibe algún tipo de Subsidio: x Cual: Colombia Mayor
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer x b) Escribir x c) Sumar x d) Restar x
e)Multiplicar x f) otros g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: x Grado alcanzado: 3 Primaria
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Fatty Parra Parentesco: Esposa
Teléfono Del Acudiente 3212043084

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Judith Vasques			
Número de Identificación: 26 628 362	Expedida en: Belen de los Andaques		
Fecha De Nacimiento: 1946-12-31	Edad: 74		
Lugar De Nacimiento:			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio Villa Amazonico			
Teléfono: 3214467506			
Con quien Vive: Solo: X	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed-Salud	
SISBEN: Si: X No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Colesterol		Cual:	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: Si	Grado alcanzado: 5 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Martha Tovar		Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente 3143066884			

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Julio Sapuyes			
Número de Identificación: 5902476		Expedida en: Tolima	
Fecha De Nacimiento:		Edad: 80	
Lugar De Nacimiento:			
Género: Hombre: Y	Mujer:		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: B/ Brisas			
Teléfono: 3173255293			
Con quien Vive: Solo: X	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar:	
Donde vive su Familia: Valle			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: asmet salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Ninguna		Cual:	
Toma algún medicamento:	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento:			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer ✓	b) Escribir ✓	c) Sumar ✓	d) Restar ✓
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno +
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Julio Sapuyes		Parentesco:
Teléfono Del Acudiente	3173255223		

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Ligia Garcia de Sanchez			
Número de Identificación: 26631401	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 22-Sep-1940	Edad: 81		
Lugar De Nacimiento: Huila			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Kr 4 N° 3-17 Barrio villa Amazonico			
Teléfono: 3202512371			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 3	
Donde vive su Familia:			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No: Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Diabetes	
Toma algún medicamento: Si		Cuales: Glibenclamida	
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar +
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado: 5 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Jennyfer lopez Sanchez		Parentesco: Bisnieta	
Teléfono Del Acudiente:			

Albania

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Lorenzo Collazos Ortiz			
Número de Identificación: 17635925	Expedida en: Florencia		
Fecha De Nacimiento: 4-JUNIO-1953	Edad: 68		
Lugar De Nacimiento: Albania			
Género: Hombre: x Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 5 N° 5-57 Barrio Centro			
Teléfono: 3123473323			
Con quien Vive: Solo: Acompañando: x		Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x No:		Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: x No: Nivel: IPS:			
Presenta alguna alteración de Salud: x		Cual: Circulacion de la Sangre	
Toma algún medicamento: x	Cuales: No Sabe el Nombre		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: Trabaja			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: Si			
Recibe algún tipo de Subsidio: x		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer x	b) Escribir x	c) Sumar x	d) Restar
e)Multiplicar x	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: x	Grado alcanzado: 2 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Luis Collazos Ortiz	Parentesco:	Hermano
Teléfono Del Acudiente	3124834220		

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Luis Collazor Ortiz
Número de Identificación: 4 961 346 Expedida en: Albania
Fecha De Nacimiento: 13-12-1956 Edad: 65
Lugar De Nacimiento: Belen de los Andaquies
Género: Hombre: x Mujer:
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: calle 5 Nº 9-12 B/turbay
Teléfono: 3124834220
Con quien Vive: Solo: Acompañando: x Cuanta personas Conforman su hogar: 2
Donde vive su Familia: Tumaco
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: x No: Cual: Asmed Salud
SISBEN: Si: x No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: NO Cual:
Toma algún medicamento: Cuales:
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO
Recibe algún tipo de Subsidio: Si Cual: Colombia Mayor
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer X b) Escribir x c) Sumar x d) Restar x
e)Multiplicar f) otros g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: x Grado alcanzado:
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Parentesco:
Teléfono Del Acudiente

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Luis Francisco Zuñiga Vidal			
Número de Identificación: 4961023	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 08-Marzo-1947	Edad: 74		
Lugar De Nacimiento: Albania			
Género: Hombre: X	Mujer:		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio Villa Amazonico			
Teléfono: 320 3953834			
Con quien Vive: Solo: X	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia:			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: X No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Prostata, Riñonez	
Toma algún medicamento: No	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Nancy Olaya Zonica		Parentesco: Sobrina	
Teléfono Del Acudiente 3203393112			

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Luz Gerardina Burbon			
Número de Identificación: 26 629386	Expedida en: Belen de los Andaquies		
Fecha De Nacimiento: 9 Julio - 1951	Edad: 70		
Lugar De Nacimiento: Bolivar (Cauca)			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio Centro			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 6	
Donde vive su Familia:			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No: Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual:	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado: 2 Primaria		
b)Secundaria X	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Kelly Samboni	Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente:	3143113364		

Albania

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Margarita Vargas de Sterling			
Número de Identificación: 26631079	Expedida en: Florencia		
Fecha De Nacimiento: 07-Sep-1928	Edad: 93		
Lugar De Nacimiento: Belen de los Andaquies			
Género: Hombre:	Mujer: x		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Carrera 4 N° 3-18 Bluilla Amazonico			
Teléfono: 3115422981			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: x	Cuanta personas Conforman su hogar:	
Donde vive su Familia:			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si:	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: No:	Nivel: IPS:		
Presenta alguna alteración de Salud: Hipertencion		Cual: Acido Acetilzalicilico-omeprazol	
Toma algún medicamento: Si		Cuales: Carvidiol-Copridogrel-Biscacodilo Espironolactona	
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna x
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno x
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Reina Sterling		Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente: 3115422481			

Albania

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: María del Carmen Castro			
Número de Identificación: 26631932	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 01-Agosto-1963	Edad: 57		
Lugar De Nacimiento: Florencia			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Carrera 6 N° 2a-32 Barrio Brisas			
Teléfono: 3132576024			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 3	
Donde vive su Familia:			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: X No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Y		Cual: Artritis-Hipertencion-Diabetes.	
Toma algún medicamento: X	Cuales: Lotaton-Prenisdona-martina-Acido folico etc		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: NO		Cual:	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 5 primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Edinso daya Castro		Parentesco: Hijo	
Teléfono Del Acudiente 3203203233			

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: María Elvira Ramos			
Número de Identificación: 26 627 494	Expedida en: Belen de los Andaquies		
Fecha De Nacimiento: 12-10-1932	Edad: 88		
Lugar De Nacimiento: Belen de los Andaquies			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio villa Amazonico K 3 No 5-65			
Teléfono: 3108079835			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: Si	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Corillo.			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmet Salud	
SISBEN: Si: X No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Artritis Hipertencion.	
Toma algún medicamento: Si	Cuales: Colchicina-Acetaminofen- Losartan.		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Diomedez Cuellar	Parentesco: Hijo	
Teléfono Del Acudiente	3108079835		

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: María Elvira Gomez de Cordoba			
Número de Identificación: 26 631 431	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 9 - Abril - 1951	Edad: 70		
Lugar De Nacimiento: Albania			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio Centro			
Teléfono: 314 3099834			
Con quien Vive: Solo: X	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar:	
Donde vive su Familia: Bogota			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmet Salud	
SISBEN: Si: X No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual:	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Nancy Cordoba Gomez		Parentesco: Hija.	
Teléfono Del Acudiente			

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: María Ilma Antury			
Número de Identificación: 26631171	Expedida en: Belen de los Andaquies		
Fecha De Nacimiento: 19-06-1933	Edad: 87		
Lugar De Nacimiento: Huila			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 4 N° 6 63 B/centro			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: hipertencion	
Toma algún medicamento: Si	Cuales: losartan		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: SI		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado 4 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Ofir Calderon		Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente: 3122890931			

Albania

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: María Josefa Motta			
Número de Identificación: 26611228	Expedida en: Florencia		
Fecha De Nacimiento: 26-Agosto-1939	Edad: 81		
Lugar De Nacimiento: Huila			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 4 Nº 3-54 Barrio Centro			
Teléfono: 3144561462			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmet Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Hipertencion	
Toma algún medicamento: Si		Cuales: Losartan	
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 4 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Blanca Ines Salinas		Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente: 320 3770278			

Albania

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Maria Lucelida Rodriguez Gamboa			
Número de Identificación: 26 631 380	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 02-02-1945	Edad: 76		
Lugar De Nacimiento: Huila			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Kr 4 N° 3-31 B Villa Amazonico			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: Si	Cuanta personas Conforman su hogar: 4	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Hipertencion - Diabetes	
Toma algún medicamento: NO	Cuales: Losartan - amlodipino		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e) Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a) Primaria:	Grado alcanzado:		
b) Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f) Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Milena Rodriguez	Parentesco: Hyo	
Teléfono Del Acudiente	312 56 50000		

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: María Matilde Arenas de Sierra			
Número de Identificación: 26631516	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 10-Agosto-1956	Edad: 64		
Lugar De Nacimiento: San Mateo Boyaca.			
Género: Hombre:	Mujer: x		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Cralle 4 N° 6-38 Barrio Centro			
Teléfono: 3118365919			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: x	Cuanta personas Conforman su hogar: 3	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No: x Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Vena Varise	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer x	b) Escribir x	c) Sumar x	d) Restar x
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: x	Grado alcanzado: 2 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Mauricio Sierra	Parentesco: Hijo	
Teléfono Del Acudiente			

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: María Nelcy Cabrera de Soto			
Número de Identificación: 26628210	Expedida en: Belen de los Andaquies		
Fecha De Nacimiento: 15-Abril-1950	Edad:		
Lugar De Nacimiento: Belen de los Andaquies			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 6 N° 7a-08 Barrio vila amazonico			
Teléfono: 3107948758			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmet Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: si		Cual: Diabetes-Ceguera	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: SI		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:		Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente:			

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: María Oliva Polania de Salcedo			
Número de Identificación: 26631270	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 25-Marzo-1938	Edad: 83		
Lugar De Nacimiento: Belen de los Andaquies			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Kr 6 N° 5-32			
Teléfono: 3144060705			
Con quien Vive: Solo: X	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar:	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual: —	
Toma algún medicamento: NO	Cuales: —		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: SI		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 2 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Alberto Salcedo Polania		Parentesco: Hijo	
Teléfono Del Acudiente:			

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: María Jenobia Díaz Machacha			
Número de Identificación: 20.810.599	Expedida en: Pandi		
Fecha De Nacimiento: 10-12-1936	Edad: 84 años		
Lugar De Nacimiento: Tolima			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Carrera 6 N°4-35 B/Centro			
Teléfono: 3103068978			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 4	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmet salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: X		Cual: Hipertencion, Diabete	
Toma algún medicamento: X		Cuales: Losartan, Levotiroxina.	
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual:			
Cuenta con algún empleo para su Sustento:			
Recibe algún tipo de Subsidio:		Cual:	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Ana Julia Enao Diaz		Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente: 310 300 9400			

Albania
HUMILDAD · EXPERIENCIA · GESTION
HAROLD ALBERTO PEREZ CUELLAR

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Norberto Gomez			
Número de Identificación: 1.657 595	Expedida en: San Agustin.		
Fecha De Nacimiento: 06-Junio-1935	Edad: 86		
Lugar De Nacimiento: Huila			
Gènero: Hombre: X	Mujer:		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia:			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo: X	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Asma	
Toma algún medicamento: Si	Cuales: Oxigeno		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si	Cual: Colombia Mayor		
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:		Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente:			

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Otoniel Montoya Isaza			
Número de Identificación: 17.637.095	Expedida en: Florencia		
Fecha De Nacimiento: 20-Julio-1963	Edad: 58		
Lugar De Nacimiento: Valparaiso (Caqueta')			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia:			
Teléfono: 3229492205			
Con quien Vive: Solo: x	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar:	
Donde vive su Familia:			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x	No:	Cual: asmet Salud	
SISBEN: Si: No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Ninguno		Cual:	
Toma algún medicamento:	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: Independiente			
Cuenta con algún empleo para su Sustento:			
Recibe algún tipo de Subsidio: Ninguno		Cual:	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir ✓	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno x
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:		Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente: 3229492205			

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Rosalba Cabiera de Alvarez			
Número de Identificación: 26631487	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 9-01-1957	Edad: 64		
Lugar De Nacimiento: Albania			
Género: Hombre:	Mujer: x		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 5 N° 8-34 Barrio Tuibay			
Teléfono: 3136390906			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: x	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia: Huila-Cauca-Payil-Cucuta			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: vo No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Diabetes. Hipertencion	
Toma algún medicamento: Si.	Cuales: Losartan.		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer V	b) Escribir x	c) Sumar x	d) Restar x
e)Multiplicar x	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 2 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Wilfredo Alvarez Cabiera	Parentesco: Hijo	
Teléfono Del Acudiente:	3132535447		

Albania

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Rosa Cobillos Gasca			
Número de Identificación: 40761632	Expedida en: Albania		
Fecha De Nacimiento: 1958-25-Junio	Edad: 63		
Lugar De Nacimiento: Belen de los Andaquies			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: N°5-25 Barrio las brisas calle 2.			
Teléfono: 3202221025			
Con quien Vive: Solo: X	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No: Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: SI		Cual: Artrosis	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:-		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: SI		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 2 Primana		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Gilberto Cobillos	Parentesco: Hijo	
Teléfono Del Acudiente:	3124628561		

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Rosalba Villareal			
Número de Identificación: 26611819	Expedida en: Florencia		
Fecha De Nacimiento: 24-10-1939	Edad: 81		
Lugar De Nacimiento: Huila			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Kr 2 N° 4-39			
Teléfono: 3213259815			
Con quien Vive: Solo: X	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia: Paujil			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual:	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer V	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Martha Villareal		Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente: 3163097914			

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Rosana Audor
Número de Identificación: 26 572 911 Expedida en: Suaza
Fecha De Nacimiento: 17-01-1934 Edad: 87 años
Lugar De Nacimiento: Suaza
Género: Hombre: Mujer: X
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: Carrera 6-4-37 B/ Centro
Teléfono: No tiene
Con quien Vive: Solo: Acompañando: ✓ Cuanta personas Conforman su hogar: 4
Donde vive su Familia: En Albania
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: ✓ No: Cual: Asmet Salud
SISBEN: Si: No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: X Cual:
Toma algún medicamento: X Cuales:
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No
Recibe algún tipo de Subsidio: ✓ Cual: Colombia Mayor
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer ✓ b) Escribir ✓ c) Sumar ✓ d) Restar ✓
e)Multiplicar f) otros g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: ✓ Grado alcanzado:
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Maria Ines Ordanco Parentesco: Hija
Teléfono Del Acudiente: 3219939810

Albania
HUMILDAD - EXPERIENCIA - GESTIÓN
HAROLD ALBERTO PEREZ CUELLAR

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y
DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Rufina Romero Granados			
Número de Identificación: 26627814	Expedida en: Belen de los andaquies		
Fecha De Nacimiento: 31-12-1935	Edad: 86		
Lugar De Nacimiento: Chaparral			
Género: Hombre:	Mujer: x		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 3 N° 7-27			
Teléfono: 3115474980			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: x	Cuanta personas Conforman su hogar: 3	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x	No:	Cual: Asmet Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual:	
Toma algún medicamento: NO		Cuales:	
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna x
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno x
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Rosalba Romero	Parentesco:	Hija
Teléfono Del Acudiente:	3115474980		

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Silvio Alarcon			
Número de Identificación: 4093831 6	Expedida en: Huila		
Fecha De Nacimiento: 30-Julio-1948	Edad: 72		
Lugar De Nacimiento: Huila			
Género: Hombre: X	Mujer:		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Calle 6 N° 7a-08 Barrio villa Amazonico			
Teléfono: 3118206413			
Con quien Vive: Solo: X	Acompañando:	Cuanta personas Conforman su hogar: 1	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Diabetes, Artrosis-	
Toma algún medicamento: NO	Cuales: —		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 5 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente: Silvio Alarcón		Parentesco:	
Teléfono Del Acudiente: 3118206413			

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA
1. DATOS PERSONALES
Nombres Completos: Sotero Carabal.
Número de Identificación: 1465973 Expedida en: El Tambo
Fecha De Nacimiento: 15-Septiembre-1930 Edad: 91
Lugar De Nacimiento:
Género: Hombre: X Mujer:
2. LOCALIZACIÓN
Dirección de residencia: Calle 1 N° 5-58 B/villa Demo
Teléfono:
Con quien Vive: Solo: X Acompañando: Cuanta personas Conforman su hogar: 1
Donde vive su Familia: Albania
3.SALUD
Seguridad Social En Salud: Si: X No: Cual: Asmet Salud
SISBEN: Si: No: Nivel: IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Si Cual: Hipertencion
Toma algún medicamentos: Si Cuales: Losaitan
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN
Ocupación actual: En Casa
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO
Recibe algún tipo de Subsidio: Si Cual: Colombia Mayor
5. EDUCACIÓN
Sabe usted?
a) Leer b) Escribir c) Sumar d) Restar
e)Multiplicar f) otros g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:
a)Primaria: Grado alcanzado:
b)Secundaria Grado Alcanzado
e) Técnico f)Tecnólogo d) Universidad: i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA
Nombres Del Acudiente: Graciela Carabali Parentesco: Hija
Teléfono Del Acudiente:

Albania

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Teresa Esquivel			
Número de Identificación: 20 114 298	Expedida en: Bogota		
Fecha De Nacimiento: 4-10-1937	Edad: 83		
Lugar De Nacimiento: Coyaima			
Género: Hombre:	Mujer: X		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Kra 3 N° 3-38 B/villa Amazonico			
Teléfono: 3132854136			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 3	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud.	
SISBEN: Si:	No: Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Asma y Diabetes	
Toma algún medicamento: Si,	Cuales: Metformina-Salbutamol		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Bellanid Malambo	Parentesco: Hija	
Teléfono Del Acudiente:	3132854136		

Albania

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Tomas Samboni Samboni			
Número de Identificación: 4 625173	Expedida en: Bolivar Cauca		
Fecha De Nacimiento: 06 Mayo - 1942	Edad: 79		
Lugar De Nacimiento: Bolivar Cauca			
Género: Hombre: x Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Kr 4-3 5-19 Barrio Centro			
Teléfono: 3204704973			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: x	Cuanta personas Conforman su hogar: 4	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Anemia Cronica	
Toma algún medicamento: Si		Cuales: Sulfato ferroso Acido Folico	
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: ND			
Recibe algún tipo de Subsidio:		Cual:	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer x	b) Escribir x	c) Sumar x	d) Restar x
e) Multiplicar x	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a) Primaria:	Grado alcanzado:		
b) Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f) Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno x
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Luz Gerardina Beltran	Parentesco:	Esposa
Teléfono Del Acudiente:	3204704973		

Albania

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Toribio Payapoy			
Número de Identificación: 4917096	Expedida en: La Plata		
Fecha De Nacimiento: 19-Abril-1941	Edad: 80		
Lugar De Nacimiento: Arboleda			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Barrio Torbay			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo: Acompañando: X		Cuanta personas Conforman su hogar: 3	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X No:		Cual: Asmet Salud	
SISBEN: Si: X No: Nivel: IPS:			
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Artritis,	
Toma algún medicamento: Si	Cuales: Artrit flex - Meloxicam		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: No			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer	b) Escribir	c) Sumar	d) Restar
e)Multiplicar	f) otros		g) Ninguna X
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria:	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno X
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Alba Payapoy	Parentesco:	Sobrina.
Teléfono Del Acudiente	3116131363		

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Victor Imbachi Chilito			
Número de Identificación: 4.927 619	Expedida en: Pitalito		
Fecha De Nacimiento: 02-10-1932	Edad: 89		
Lugar De Nacimiento: San Agustin			
Género: Hombre: X Mujer:			
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Kr 7 N° 406 B/Turbay			
Teléfono:			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: X	Cuanta personas Conforman su hogar: 7	
Donde vive su Familia: Albania			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si: No:	Nivel:	IPS:	
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual:	
Toma algún medicamento: NO	Cuales:		
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: SI		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado:		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Anayibe Imbachi	Parentesco:	Hija
Teléfono Del Acudiente:	3219019408		

Albania

ACTA DE SOCIALIZAICON DEL REGLAMENTO INTERNO DEL CENTRO VIDA PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE ALBANIA-CAQUETA CON BENEFICIAIRO

Los días 24,25,28 de junio del 2020 se realizó la socialización y construcción del reglamento interno con los beneficiarios del programa del Centro de Vida del municipio de Albania, Caquetá, beneficiarios que asisten a las instalaciones del Centro de Vida y en visitas personalizadas a cada beneficiario de casos especiales. Por este motivo, la Corporación Cultural, Turística, Ambiental y Deportiva Turmalina Universal Cortuníversal, bajo la dirección de la coordinadora y en apoyo de la psicóloga, realizo visitas casa a casa y en consenso con los beneficiarios asistentes al Centro de Vida para la construcción del reglamento interno

Expedido en Albania Caquetá el día veintinueve (29) de junio de 2021

LAURA SOFIA ESPINOSA PAREDES
C.C. 1.234.641.997
COORDINADORA CENTRO DE VIDA

ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO
C.C. 1.117.540.904
PSICOLOGA CENTRO DE VIDA

FORMATO DE CUMPLIMIENTO Y COMPROMISO POR LOS BENEFICIARIOS

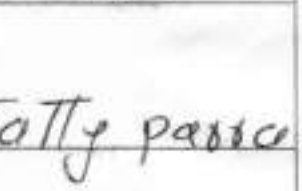
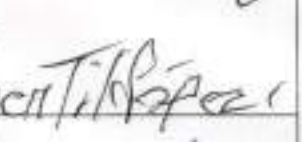
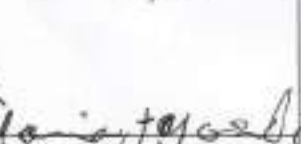
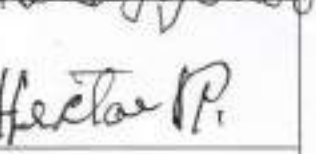
Nosotros los abajo firmantes, declaramos que el Reglamento Interno del Centro Vida del municipio de Albania, Caquetá fue organizado y construido con todo el equipo de beneficiarios y profesionales y además se socializó el día 29 de junio de 20201 por el Coordinador y psicóloga del programa, quedando de acuerdo con lo estipulado en el documento.

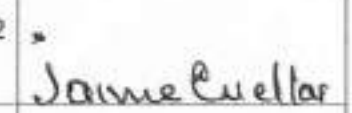
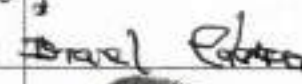
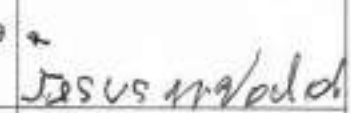
Para constancia de lo anterior, firman:

ITEM	NOMBRE COMPLETO	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
1	ABDIAS MENDEZ OLAYA	17,627,319	
2	AGUSTIN TRUJILLO CALDERON	6,666,737	
3	ALEJANDRO ARTURO ROMERO	79.276.339	
4	ALICIA TABORDA	26631095	
5	ANA BEATRIZ ORTIZ LOPEZ	40.758.874	
6	ANA MATILDE ALVARES	26.623.792	

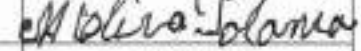
7	ANA ROSA ANTURI	26.435.490	
8	AURECELY ROJAS CORDOBA	26.628.504	Aurecely Rojas C.
9	ANGELMIRO SALINAS BARRERA	4.953.537	
10	BALBINA PERDOMO ARTUNDUAGA	26.630.165	Balbina Perdomo
11	BEATRIZ ROBLES	40.725.020	Beatriz Robles
12	BERNARDA LEITON DE BAHOS	26.628.615	Bernarda
13	BERTHA ZAMUDIO DE CABRERA	27,358,807	Bertha
14	BLANCA INES VARGAS MEJIA	26.631.562	
15	BLANCA OTILIA PALECHOR	36.110.033	Blanca Otilia Pale
16	CARMEN ROSA VILLA QUINCHIA	36,171,636	Carmen Villa

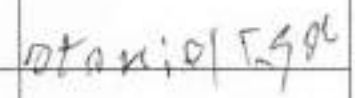
17	DEYANIRA LOPEZ	48.607.805	Deyanira Lopez
18	DIMAS CARVAJAL PLAZAS	4.960.991	Dimas Carvajal
19	ELCIRA GOMEZ PALECHOR	40.763.443	
20	ELIA MARIA CABRERA DE TABORDA	26631520	
21	ELIECER CALDERON STERLING	4.959.361	
22	ELOY OLAYA AUDOR	4.961.052	
23	ELVIRA CALDERON	26.615.221	
24	EMILIA MUÑOZ CABRERA	26.628.635	
25	ENELIA MUÑOZ De CALDERON	26.569.929	
26	ERASMO SIERRA SIERRA	96.357.667	Erasmo

27	EVELIA SILVA	63.273.592	
28	EZEQUIEL PIMENTEL	4.960.576	
29	FATTY PARRA DE GAVIRIA	36.273.513	
30	GENTIL CRUZ BECERRA	4.961.099	
31	GENTIL LOPEZ CABRERA	19.283.713	
32	GLADYS FERNANDES ALEY	36.153.805	
33	GLORIA MARIA FAJARDO	26,596,640	
34	HECTOR ROBLEDO NOVOA	17.680.408	
35	HELI ANTURI VALBUENA	4,960,092	
36	HELSIN MIRIAM ORTIZ DE AYALA	26.631.360	

37	HERLINDA DUQUE DE RICO	25.137.255	
38	HERMENCIA OLAYA de GAVIRIA	40.726.802	
39	HUMBERTO GUTIERREZ TAMAYO	4.961.409	
40	JAIME CUELLAR RAMOS	6.767.192	
41	ISRAEL CABRERA CARVAJAL	17682039	
42	IVAN COLLAZOS	17.637.602	
43	JESUS MARIA AROCA PEDRAZA	2,237,974	
44	JESUS MARIA VALDERRAMA	49.609.39	
45	JOSE APOLICAN AYALA PRIETO	4.961.424	
46	JOSE SEGUNDO ERAZO CABRERA	1.860.404	

47	JOSE WILSON ALVAREZ GUTIERREZ	49.611.12	
48	JUAN EUDES GAVIRIA BERMEO	4.960.916	
49	JUDITH VASQUEZ	26.628.362	
50	JULIO SAPUYES	5,960,476	
51	LIGIA GARCIA DE SANCHEZ	26.631.401	
52	LORENZO COLLAZOS ORTIZ	17.635.924	
53	LUIS COLLAZOS ORTIZ	4,961,346	
54	LUIS FRANCISCO ZUÑIGA VIDAL	4,961,023	
55	LUZ GERARDINA BUITRON	26.629.386	
56	MARGARITA VARGAS DE STERLING	26,631,079	

57	MARIA DEL CARMEN CASTRO	26.631.932	
58	MARIA ELVIRA RAMOS	26.627.494	
59	MARIA ELVITA GOMEZ	26,631,431	
60	MARIA ILMA ANTURI	26.631.171	
61	MARIA JOSEFA MOTTA	26.611.228	
62	MARIA LUCELIDA RODRIGUEZ	26.631.380	
63	MARIA MATILDE ARENAS	26.631.516	
64	MARIA NELCY CABRERA DE SOTO	26.628.210	
65	MARIA OLIVA POLANIA	26.631.270	
66	MARIA SENOBIA DIAZ MAHECHA	20.810.599	

67	NORBERTO GOMEZ	1.657.595	
68	OTONIEL MONTOYA ISAZA		
69	ROSALBA CABRERA DE ALVAREZ	26.631.487	
70	ROSA CUBILLOS GASCA	40.761.632	
71	ROSALBA VILLA REAL	26.611.819	
72	ROSANA AUDOR	26.572.911	
73	RUFINA ROMERO GRANADOS	26.627.814	
74	SILVIO ALARCON	4.938.316	
75	SOTERO CARABALY	1.465.973	
76	TERESA ESQUIVEL	20.114.298	

77	TOMAS SAMBONI SAMBONI	4.925.173	X 
78	TORIVIO PAJAJOY	4.917.096	
79	VICTOR IMBACHI CHILITO	4.927.617	V. Torimbachi
80	ABDON RODRIGUEZ B	189368	

CORTUNIVERSAL
Corporación Cultural Recreativa Ambiental y Deportiva
TURMALINA UNIVERSAL

Albania
HUMILDAD · EXPERIENCIA · GESTIÓN
HAROLD ALBERTO PEREZ CUELLAR

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD:	Valoracion psicologica, Formato historia de vida Formato Socio-Economico Valoraciones

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
1	17,627,319	ABDIAS MENDEZ OLAYA	3132403605	
2	6,666,737	AGUSTIN TRUJILLO CALDERON	3212847383	
3	79.276.339	ALEJANDRO ARTURO ROMERO		
4	26631095	ALICIA TABORDA	3208185830	
5	40.758.874	ANA BEATRIZ ORTIZ LOPEZ	3175917858	
6	26.623.792	ANA MATILDE ALVARES	3142578249	
7	26.435.490	ANA ROSA ANTURI	3213221306	
8	26.628.504	AURECELY ROJAS CORDOBA	3125626025	
9	4.953.537	ANGELMIRO SALINAS BARRERA	3118567550	
10	26.630.165	BALBINA PERDOMO ARTUNDUAGA	31155448298	
11	40.725.020	BEATRIZ ROBLES	3108059532	

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN N° CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD: Valoración Psicológica formato Historia de Vida Formato Socio-Económico

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
12	26.628.615	BERNARDA LEITON DE BAHOS	3132365478	
13	27,358,807	BERTHA ZAMUDIO DE CABRERA	3142899884	
14	26.631.562	BLANCA INES VARGAS MEJIA	3124834220	
15	36.110.033	BLANCA OTILIA PALECHOR	3108482110	
16	36,171,636	CARMEN ROSA VILLA QUINCHIA	3202319825	
17	48.607.805	DEYANIRA LOPEZ	3219129430	
18	4.960.991	DIMAS CARVAJAL PLAZAS	3102114175	
19	40.763.443	ELCIRA GOMEZ PALECHOR	3138880283	
20	26631520	ELIA MARIA CABRERA DE TABORDA	3115900096	
21	4.959.361	ELIECER CALDERON STERLING	3212890931	
22	4.961.052	ELOY OLAYA AUDOR	3115794291	

CORTUNIVERSAL
Corporación Cultural Recreativa Ambiental y Deportiva
TURMALINA UNIVERSAL

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

Abania
HUMILDAD · EXPERIENCIA · GESTIÓN
HAROLD ALBERTO PEREZ CUELLAR

TIPO DE ACTIVIDAD:	Valoración Inicial, Formato Historia de Vida Formato Socio-Economico

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
23	26.615.221	ELVIRA CALDERON	3115963081	
24	26.628.635	EMILIA MUÑOZ CABRERA	3102114175	
25	26.569.929	ENELIA MUÑOZ De CALDERON		
26	96.357.667	ERASMO SIERRA SIERRA		Erasmo
27	63.273.592	EVELIA SILVA	3172517223	Evelia Silva
28	4.960.576	EZEQUIEL PIMENTEL	3044783478	
29	36.273.513	FATTY PARRA DE GAVIRIA		Gentil Cruz
30	4.961.099	GENTIL CRUZ BECERRA		Fatty parra
31	19.283.713	GENTIL LOPEZ CABRERA	3123328599	Gentil Lopez-r
32	36.153.805	GLADYS FERNANDES ALEY		Gladys Fernandes
33	26,596,640	GLORIA MARIA FAJARDO	3125804462	Gloria Fajardo

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD: Valoracion psicologica formato Historia de Vida Formato socio-Economico

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
34	17.680.408	HECTOR ROBLEDO NOVOA	3124879343	Hector R
35	4,960,092	HELI ANTURI VALBUENA	3115328586	
36	26.631.360	HELSIN MIRIAM ORTIZ DE AYALA	3123032572	
37	25.137.255	HERLINDA DUQUE DE RICO	3134736359	
38	40.726.802	HERMENCIA OLAYA de GAVIRIA	3115794291	Hermencia Olaya
39	4.961.409	HUMBERTO GUTIERREZ TAMAYO		
40	6.767.192	JAIME CUELLAR RAMOS	3118533296	Jaime Cuellar
41	17682039	ISRAEL CABRERA CARVAJAL		Israel Cabrera
42	17.637.602	IVAN COLLAZOS		
43	2,237,974	JESUS MARIA AROCA PEDRAZA	3132646894	
44	49.609.39	JESUS MARIA VALDERRAMA		Jesus Maria Valderrama

CORTUNIVERSAL
Corporación Cultural Juventud Universal y Deportiva
TURMALINA UNIVERSAL

Abania
HUMILDAD · EXPERIENCIA · GESTIÓN
HAROLD ALBERTO PÉREZ CUELLAR

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD: Valoracion Psicologica - Formato Historia de Vida Formato socio economico

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
45	4.961.424	JOSE APOLICAN AYALA PRIETO	3115170193	
46	1.860.404	JOSE SEGUNDO ERAZO CABRERA		
47	49.611.12	JOSE WILSON ALVAREZ GUTIERREZ	3212043084	
48	4.960.916	JUAN EUDES GAVIRIA BERMEO		
49	26.628.362	JUDITH VASQUEZ	3214467506	
50	5,960,476	JULIO SAPUYES	3173255223	
51	26.631.401	LIGIA GARCIA DE SANCHEZ	3202512371	
52	17.635.924	LORENZO COLLAZOS ORTIZ		
53	4,961,346	LUIS COLLAZOS ORTIZ	3124834220	
54	4,961,023	LUIS FRANCISCO ZUÑIGA VIDAL	3132151743	
55	26.629.386	LUZ GERARDINA BUITRON	3204704973	

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD: Valoracion psicologica formato Historia de Vida formato socio-economico

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
56	26,631,079	MARGARITA VARGAS DE STERLING	3115422981	
57	26.631.932	MARIA DEL CARMEN CASTRO	3144638639	Maria del Carmen Castro
58	26.627.494	MARIA ELVIRA RAMOS	3108079835	
59	26,631,431	MARIA ELVITA GOMEZ	3143099834	
60	26.631.171	MARIA ILMA ANTURI	3212890931	
61	26.611.228	MARIA JOSEFA MOTTA	3144561462	Mariajose
62	26.631.380	MARIA LUCELIDA RODRIGUEZ	3125650000	
63	26.631.516	MARIA MATILDE ARENAS	3118365919	Matilde Arenas
64	26.628.210	MARIA NELCY CABRERA DE SOTO		
65	26.631.270	MARIA OLIVA POLANIA	3144060705	M Oliva Polania
66	20.810.599	MARIA SENOBIA DIAZ MAHECHA	3103009400	

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD: Valoracion Psicologica, formato Historia de Vida Formato Socio-Economico

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
67	1.557.595	NORBERTO GOMEZ		
68		OTONIEL MONTOYA ISAZA		
69	26.631.487	ROSALBA CABRERA DE ALVAREZ		Rosalba C
70	40.761.632	ROSA CUBILLOS GASCA	3217047382	RosacuBillo
71	26.611.819	ROSALBA VILLA REAL		
72	26.572.911	ROSANA AUDOR	3213254815	
73	26.627.814	RUFINA ROMERO GRANADOS	3219939810	
74	4.938.316	SILVIO ALARCON	3115474980	
75	1.465.973	SOTERO CARABALY		
76	20.114.298	TERESA ESQUIVEL		
77	4.925.173	TOMAS SAMBONI SAMBONI		X 

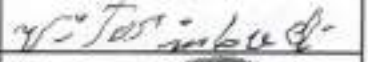
CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

CONVENIO DE ASOCIACIÓN Nº CO1.PCCNTR.2607201

PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO

TIPO DE ACTIVIDAD:	Caloracion Psicologica, formato Historia de vida formato socio economico

FECHA DE ACTIVIDAD

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
78	4.917.096	TORIVIO PAJAJOY		
79	4.927.617	VICTOR IMBACHI CHILITO	3214019408	
80	189368	ABDON RODRIGUEZ B		

Carrera 6B N° 3A-06 B/ Centro -Celular -3226846186
E-mail: cortuniversal@gmail.com
www.cortuniversal.blogspot.com
http://contuniversal.com

ACTA DE APERTURA DE BUZON DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS No 001 DE LA LA CORPORACION CULTURAL, TURISTICA Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL "CORTUNIVERSAL" DEL MUNICIPIO DE ALBANIA-CAQUETA

Acta de reunión No.		Fecha	lunes, 28 de junio de 2021	Hora	8:00 am
Lugar:	Oficina Principal de Centro Vida Manuel Ignacio Aragón				
Asunto de la reunión:	Apertura de Buzón de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias				

ORDEN DEL DÍA	
1.	Saludos a los presente
2.	Intervenciones
3.	Resultados
4.	Cierre de la reunión

DESARROLLO

1. SALUDOS A LOS PRESENTES

La Coordinadora del centro vida, la señora LAURA SOFIA ESPINOSA PAREDES saluda a la presente y de antemano agradece la asistencia a esta reunión e informando a su vez que esta se encuentra comprometida con el cumplimiento y seguimiento a todas aquellas quejas, sugerencias que nuestros usuarios realicen, tomando las medidas necesarias para su corrección, implementación y comunicación al personal respectivamente.

2. INTERVENCIONES

La Coordinadora del centro vida, la señora LAURA SOFIA ESPINOSA PAREDES manifiesta que el Buzón de Sugerencias se presenta como una de las herramientas de uso más frecuente, un instrumento que nos permite medir las expectativas y niveles de satisfacción de nuestros usuarios. Informa que, así como se dan respuestas a las peticiones, también se deben adelantarse acciones que permitan dar solución a estas sugerencias y esto servirá como parte de estímulo como lo establece el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

3. RESULTADOS

El procedimiento se inicia por parte de la Coordinadora del centro vida, la señora Laura Sofía Espinosa quien, en compañía de la Psicóloga Adriana María Palacio Bermeo, procedieron hacer apertura del buzón de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias encontrándose vacío.





4. CIERRE DE LA REUNIÓN

Agotado el orden del día se da por terminada la reunión siendo las 3:40 P.M firmando el acta los que en ella intervienen.

LAURA SOFIA ESPINOSA PAREDES	ADRIANA MARIA PALACIO
C.C.1.234.641.997	C.C. 1.117.540.904
COORDINADOR DE CENTRO DE VIDA	PSICOLOGA

LECTURA Y APROBACIÓN DEL ACTA

Se procede a la lectura del acta y ésta, es aprobada por unanimidad de los asistentes. Y no quedando más asuntos a tratar, se levanta la sesión siendo las 3:45 p.m. del 28 de junio de 2021.

Albania, 12 de agosto del 2021

Señora:
SHARON YARITHZA RAMIREZ ROMERO
Supervisora
CORPORACION CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DESPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL "Cortuniversal"

Yo, Adriana María Palacio Bermeo identificado con CC No. 1.117.540.904 expedida en Florencia, declaro bajo la gravedad de juramento que cumplo con la condición expuesta en el Artículo 329 del Estatuto Tributario Modificado por el Artículo 10 de la Ley 1607 del 26 de diciembre de 2012 el cual cita "Los trabajadores que presten servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o que presten servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados o de maquinaria o equipo especializado, serán considerados dentro de la categoría de empleados, siempre que sus ingresos correspondan en un porcentaje igual o superior a (80%) al ejercicio de dichas actividades".

Así mismo certifico que el pago de seguridad social planilla No. 8614499531-8614723903 correspondientes al mes de junio y julio 2021, el cual es único y exclusivo para el cobro de la prestación de servicios según objeto prestación de servicios como psicóloga para desarrollar actividades propias del cargo en el centro vida, en el marco del convenio de asociación Nºco1.pccntr.2607201 suscrito entre el municipio de Albania con la corporación cultural, turística, ambiental y deportiva turmalina universal cortuniversal del Contrato de Prestación de Servicios 04 - 2021 suscrita con la **CORPORACION CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DESPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL "**CORTUNIVERSAL**"**

Por lo anterior respetuosamente solicito aplicar lo estipulado en estas normas para efecto de retención en la fuente de los pagos realizados a mi nombre.

Cordialmente,



_____
ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO
C.C. 1.117.540.904
Contratista

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1117540904	0	ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	1101	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
18-29	KRA 4 4 56		3182689028		ADRIANA-MARIA130@HOTMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-06	2021-06	8614499531	I	2021-07-30	TODOS LOS CENTROS	CAQUETA	ALBANIA	61.700	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8613948414	2021-07-30	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 1117540904	PALACIO BERMEO ADRIANA MARIA	908.526		X															0			7	7	0	7	PORVENIR-230301	211.990	34.000	0	0	ESSC ASMET SALUD-ESSC62	211.990	26.500	SIN CCF-SINCCF	0	0	211.990	1.200	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	61.700	N

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1117540904	0	ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	1101	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
18-29	KRA 4 4 56		3182689028		ADRIANA-MARIA130@HOTMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-06	2021-06	8614499531	I	2021-07-30	TODOS LOS CENTROS	CAQUETA	ALBANIA	61.700	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8613948414	2021-07-30	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
211.990	211.990	211.990	0	0

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	34.000	0	0	34.000
PORVENIR	230301	800224808	8	1	34.000	0	0	34.000
EPS(Administradoras: 1)				1	26.500	0	0	26.500
ESSC ASMET SALUD	ESSC62	900935126	7	1	26.500	0	0	26.500
ARP(Administradoras: 1)				1	1.200	0	0	1.200
Gran Total					60.500	0	0	60.500

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	1.200	0	0	1.200
Gran Total					61.700	0	0	61.700

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1117540904	0	ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	1101	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
18-29	KRA 4 4 56		3182689028		ADRIANA-MARIA130@HOTMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-07	2021-07	8614723903	I	2021-08-09	TODOS LOS CENTROS	CAQUETA	ALBANIA	263.800	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8613948414	2021-08-09	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 1117540904	PALACIO BERMEO ADRIANA MARIA	908.526																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	908.526	145.400	0	0	ESSC ASMET SALUD-ESSC62	908.526	113.600	SIN CCF-SINCCF	0	0	908.526	4.800	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	263.800	N

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1117540904	0	ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	1101	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
18-29	KRA 4 4 56		3182689028		ADRIANA-MARIA130@HOTMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-07	2021-07	8614723903	I	2021-08-09	TODOS LOS CENTROS	CAQUETA	ALBANIA	263.800	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8613948414	2021-08-09	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
908.526	908.526	908.526	0	0

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	145.400	0	0	145.400
PORVENIR	230301	800224808	8	1	145.400	0	0	145.400
EPS(Administradoras: 1)				1	113.600	0	0	113.600
ESSC ASMET SALUD	ESSC62	900935126	7	1	113.600	0	0	113.600
ARP(Administradoras: 1)				1	4.800	0	0	4.800
Gran Total					259.000	0	0	259.000

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	4.800	0	0	4.800
Gran Total					263.800	0	0	263.800

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

CORPORACIÓN CULTURAL, TURÍSTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL

Carrera 6B N° 3A-06 B/ Centro Teléfono: 3226846186

E-mail. cortuniversal@gmail.com - www.cortuniversal.blogspot.com

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

(Art.55 Resolucion N° 000042 del 5 de Mayo de 2020)

DOCUMENTO SOPORTE
Cortuniversal- 22

Resolucion DIAN N° 18764013167282 del 2021/05/10

Numeracion Autorizada del 1 al 100

Persona Natural de quien se adquieren los Bienes y/o Servicios:	**ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO**		
NIT:	1.117.540.904		
DIRECCION	KR 4 Nº 4 -56 B/ CENTRO		
TELEFONO	3182689028	**CIUDAD**	ALBANIA
FECHA:	09-ago-21		

Cantidad	Detalle de la Operación	Valor Unitario	Valor Total
1	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PSICOLOGA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CARGO EN EL CENTRO VIDA, EN EL MARCO DEL CONVENIO DE ASOCIACION NºCO1.PCCNTR.2607201 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE ALBANIA CON LA CORPORACIÓN CULTURAL, TURÍSTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL DESDE EL 24 DE JUNIO AL 24 DE JULIO DEL 2021	$1.600.000	$1.600.000
		TOTAL GENERAL	**$1.600.000**

SON: UN MILLON SEICIENTOS MIL PESOS

FIRMA _____

CC. 1.117.540.904

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO DECLARO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN "NO RESPONSABLE DE IVA" Y SEGÚN EL ARTICULO 616-2 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA.

CORTUNIVERSAL
Corporación Cultural Turística Ambiental y Deportiva
TURMALINA UNIVERSAL

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL

NIT. 900.623.092-6
Cra 6B N° 3A-06 B/ Centro -Celular -3125326105-3226846186
E-mail: cortuniversal@gmail.com
www.cortuniversal.blogspot.com
http://contuniversal.com

COMPROBANTE DE EGRESO	13/08/2021
FECHA DE EMISION:	Nº 0033

PAGADO A:	ADRIANA MARIA PALACIO B	N° DE IDENTIFICACION	1.117.540.904
VALOR $	1.600.000		
La suma de:	Un millon seiscientos mil pesos		

POR CONCEPTO DE: Prestar el servicio de apoyo a la gestion como Psicologa del centro vida en el marco del convenio de asociasión N° CO1.PCCNTR.2607201, Soscrito entre el municipio de Albania y la corporación cultural, Turistica Ambiental y deportiva Turmalina Universal CORTUNIVERSAL

EFECTIVO :

TRANSFERENCIA BANCARIA :

FIRMA AUTORIZADA: Sharon Ramirez R.	FIRMA DEL BENEFICIARIO	Total	
		Retención %	
C.C. O NIT: 1.117.961.886	C.C. O NIT: 1.117.540.904	Total recibido	1.600.000

Escaneado con CamScanner

CORTUNIVERSAL
CORPORACIÓN CULTURAL TURÍSTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA
07 SEP 2021
RADICADO 19 FOLIOS
RECIBIDO POR: Shara

Albania Caquetá, 07 de Septiembre de 2021

SEÑORA
LAURA SOFIA ESPINOSA PAREDES
SUPERVISORA
Centro Vida "MANUEL IGNACIO ARAGON"
Albania - Caquetá

Asunto: Entrega del Segundo Informe 24 de Julio al 24 Agosto del 2021

Cordial saludo, comedidamente me permito hacer entrega de las actividades desarrolladas dentro de mis obligaciones especificadas.

- DILIGENCIAR FORMATO DE HISTORIA DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN RESOLUCIÓN 055 DE 2018.
- VALORACION INICIAL,DILIGENCIAR FORMATOS VALORACION INTEGRAL A CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS RES 055 DE 2018
- DILIGENCIAR FORMATO SOCIO-ECONOMICO A CADA UNO DE LOS 80 BENEFICIARIOS
- INFORME DE EJECUCION

Esto para su conocimiento y fines pertinentes.

Quedo atenta a cualquier inquietud.

Cordialmente

ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO
T.P 213262
PSICOLOGA

Anexos
-Once (11) folios del informe de actividades con registro fotográfico.
-ocho (8) folios de planillas de asistencia de beneficiario.
-Catorce (14) folios de formato Socio Económico y Valoraciones iniciales a dos 2 beneficiarios.
-Una (1) Planilla de seguridad mes Julio-Agosto
-un (1) folio Cuenta de cobro
-Un (1) folio Documento equivalente
-Un (1) folio Oficio no retención
-Dos (2) folios Acta de apertura del buzón de sugerencias

Escaneado con CamScanner

Objeto	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO PSICOLOGA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CARGO EN EL CENTRO VIDA, EN EL MARCO DEL CONVENIO DE ASOCIACION NºCO1.PCCNTR.2607201 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE ALBANIA CON LA CORPORACIÓN CULTURAL, TURÍSTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL**	PERIODO	**25 Julio-24 Agosto**

Supervisor	**LAURA SOFIA ESPINOSA PAREDES**	Objeto	**PSICOLOGA**

Nombre	**ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO**	Documento	**1.117.504.904**

OBLIGACIÓN – NUMERAL 1	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Desarrollo de atención cognitiva, **productiva, mental y social** dirigidas para prevenir el efecto de las patologías que surgen de la tercera edad, orientada por un profesional de ciencias de la salud o ciencias humanas con duración de 2 horas cada charla dictadas todas las semanas, para los 80 beneficiarios del área urbana durante el plazo de ejecución del Convenio.	Se prestó atención integral a los 80 beneficiarios que asisten a las instalaciones del centro vida y a los usuarios que están en casa con patologías especiales según cronograma establecido por durante el periodo 24 de junio al 24 de julio.
OBLIGACIÓN– NUMERAL 2	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Diligenciar Formatos de historias de vida de las personas mayores según Res 005 de 20218	Se diligencio formatos de historia de vida a dos (2) beneficiarios del programa centro vida, ya que son beneficiarios nuevos para el mes de Agosto y son asistentes a las instalaciones.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 3	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Valoración inicial, diligenciar formato valoración integral a cada uno de los beneficiarios	Se diligencio formatos valoración integral a dos (2) beneficiarios del programa centro vida, ya que son beneficiarios nuevos para el mes de Agosto y son asistentes a las instalaciones, donde se logró observar los casos de estado depresivos y problemas cognitivos que se presentan.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 4	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Elaboración del Plan de Atención integral para cada uno de los beneficiarios del programa centro vida Res 005 del 2018	Se elabora el Plan de Atención Integral a dos (2) beneficiarios del programa centro vida, ya que son beneficiarios nuevos para el mes de Agosto y son asistentes a las instalaciones, se diligencia de acuerdo a la valoración inicial de cada uno de los beneficiaros.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 5	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Realizar revisión de las bitácoras en el formato establecido al finaliza el contrato	Se realizara revisión de las bitácoras en el formato establecido al finaliza el contrato junto con la supervisora.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 6	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Diligenciar bitácora de registro de la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de atención integral Res 005 de 2018	Se diligencia bitácoras al finalizar las actividades de acuerdo al cronograma previsto para el mes, donde se plasma lo realizado con cada uno de los 80 beneficiaros del centro vida Manuel Ignacio Aragón
OBLIGACIÓN – NUMERAL 7	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**

Participar en los procesos de inducción al personal y fortalecimiento de capacitaciones que se programan desde la corporación cultural, artística, ambiental y deportiva turmalina universal CORTUNIVERSAL	N/A.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 8	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Participar en la formación de atención de emergencias y primer respondiente	N/A.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 9	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Participar en la capacitación para certificación de prevención contra incendios y condiciones sanitarias y ambientales que programa la Corporación cultural, turística, ambiental y deportiva turmalina universal CORTUNIVERSAL	N/A.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 10	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Entregar mensualmente un Backus de los instrumentos, documentos, actividades, registros fotográficos y demás evidencias que generen en la ejecución de sus obligaciones contractuales.	Se Realiza la entrega del Backus de acuerdo al mes ejecutado.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 11	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Mantener la confidencialidad y no divulgación de la información y de los hechos que ocurran el interior de las instalaciones del programa y que solo interesen al desarrollo del mismo	Se mantiene confidencialidad y no divulgación de los acontecimientos en el interior del centro vida.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 12	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Velar por la organización de espacios asignados para el almacenamiento de los materiales, suministros e insumos y elementos del área de trabajo	Se velar por la organización de espacios asignados para el almacenamiento de los materiales, suministros e insumos y elementos del área de trabajo.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 13	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Entrega del informe de actividades, cuenta de cobro, cronograma de actividades y planillas de seguridad social, documentos soporte en las fechas estipuladas por este para el cumplimiento de los tiempo establecidos de los tiempos establecidos en cumplimento al cronograma ejecutado.	Mensualmente se entrega informe de ejecución de actividades con todos los soportes de acuerdo a las obligaciones.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 14	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Relacionar en el cronograma de trabajo los materiales necesarios para las actividades a desarrollar durante el mes.	Se relacionan en el cronograma de actividades mes a mes los materiales y actividades que se realizaran con los benefiarios del programa mes a mes.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 15	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**

Cumplir con el reglamento interno del centro vida, y velar por la buena relación con los beneficiarios y el buen ambiente con los beneficiarios.	Se hace cumplir el reglamento interno, donde se vela por la buena relación y el buen ambiente con los beneficiarios.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 16	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Asistir a las reuniones convocadas por la Corporación cultural, turística, ambiental y deportiva turmalina universal CORTNIVERSAL	Se cumple con la asistencia a las capacitaciones ya que son importantes para nuestro desempeño en el trabajo.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 17	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Apoyo en actividades especiales (dia de la madre, del padre y del adulto mayor)	Se cumple con la obligación dando apoyo a la actividad de celebración de la madre celebrada el dia 21 de Agosto del 2021.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 18	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Acompañamiento y apoyo en las actividades especiales	Se cumple con la obligación dando apoyo a la actividad de celebración de la madre celebrada el dia 21 de Agosto del 2021.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 19	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Participar en las actividades de tipo social que se programen desde la corporación cultural, turística, ambiental y deportiva turmalina universal CORTINIVERSAL	Se Participar en las actividades de tipo social que se programen desde la corporación cultural, turística, ambiental y deportiva turmalina universal CORTINIVERSAL.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 20	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Recoger planillas de asistencia de las actividades específicas que desarrolle en su área con los beneficiarios del programa	Se recogen las planillas de asistencia de acuerdo a las actividades programadas en el cronograma de actividades ajustado de acuerdo al mes correspondiente.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 21	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Manejo y seguimiento de casos especiales que se evidencian en los beneficiarios (manejo del duelo, violencia intrafamiliar, depresión, y demás) y relacionar en bitácoras.	N/A.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 22	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Socialización del manual de buen trato del programa centro vida	N/A.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 23	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Socialización del reglamento interno de beneficiarios del programa centro vida	N/A.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 24	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**

Generar gestión de promover actividades socioculturales, ocupacionales, artísticas y recreativas para prevenir situaciones de deterioro físico y/o cognitivo que van unidas a procesos de envejecimiento para los beneficiarios asistentes al centro vida.	N/A.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 25	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Taller de técnicas para el desarrollo cognitivo	N/A.
OBLIGACIÓN - NUMERAL 26	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Taller lúdico de percepción	N/A.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 27	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Actividades que pueden ayudar a reducir el riesgo de pérdida de memoria en la tercera edad	N/A.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 28	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Taller promover la expresión de sentimientos hacia las personas con quienes interactúan frecuentemente	N/A.
OBLIGACIÓN– NUMERAL 29	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Realizar junto con la supervisión delegada un cronograma de actividades para llevar organizadamente las actividades a realizar	Se Realizó el cronograma de actividades con la supervisión.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 30	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Taller desarrollo de habilidades necesarias para la comunicación asertiva	N/A.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 31	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Taller promover la conciencia de utilidad y autoestima en los mayores	Se realizó charla con los beneficiarios asistentes y no asistentes a las instalaciones del centro vida La importancia del autoestima radica entonces en que dará pauta a nuestras conductas en el andar cotidiano. Para algunos investigadores, la autoestima en el adulto mayor puede ser alta o positiva cuando la persona se reconoce como importante para sí y los demás, tiene deseos propios, los expresa y defiende; cuando enfrenta las crisis, los cambios y las pérdidas, cuando reflexiona, busca apoyo e información y cuando busca autonomía y la disfruta. Pero también puede presentase una autoestima baja o negativa, como cuando el adulto mayor tiene una poca aceptación de sí mismo, cuando cree que por su edad no sirve o es un estorbo, cuando no acepta los cambios en su cuerpo y se deprime, cuando es negativo, cascarrabias, pesimista y le cuesta dar y recibir afecto. El envejecimiento activo busca que los mayores se desarrollen de forma individual y colectiva sintiendo que son útiles, en esta etapa en la que sus capacidades físicas sufren alteraciones, pero les permiten optar por un estilo de vida saludable con el que fomentar una mayor calidad de vida, así como tener una participación activa en su entorno más cercano, como es la familia, o a nivel social, a través de actividades formativas, práctica de deporte adaptado a sus capacidades, acciones culturales, etcétera.

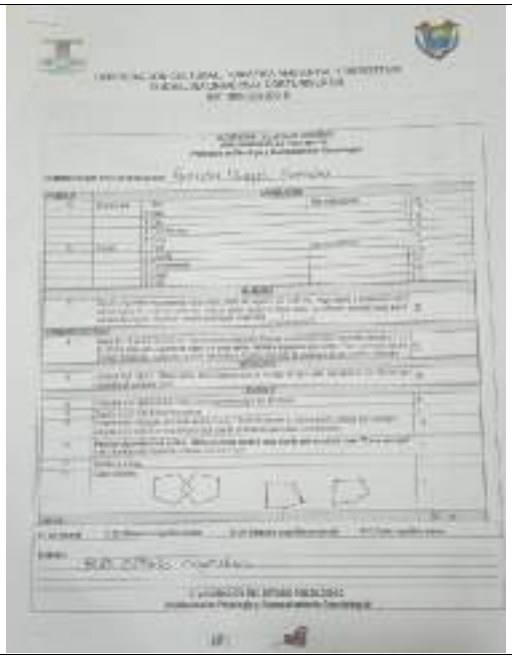
OBLIGACIÓN – NUMERAL 32	GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES
Taller para prevenir y/o intervenir sobre sintomatología depresiva	N/A
OBLIGACIÓN – NUMERAL 33	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Prestar servicios de apoyo a cualquier eventualidad que se presente dentro de las instalaciones del centro vida	Se Prestar servicios de apoyo a cualquier eventualidad que se presente dentro de las instalaciones del centro vida
OBLIGACIÓN – NUMERAL 34	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Realizar actividades en cumplimiento al cronograma a 80 beneficiarios	Se cumplen con las actividades dispuestas en el cronograma de actividades de acuerdo a lo pactado con la supervisora.
OBLIGACIÓN– NUMERAL 35	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Realizar visitas personalizadas a los beneficiarios que no asisten a las instalaciones del centro vida en cumplimiento al cronograma	Si se cumple de acuerdo al cronograma de actividades previstas para el mes.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 36	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Realizar actividades grupales e individuales a los beneficiarios que asisten a las instalaciones del centro vida en cumplimiento al cronograma	Si se cumple de acuerdo al cronograma de actividades previstas para el mes.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 37	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Presentar a la supervisión del centro vida una acta de apertura de buzón de peticiones quejas, reclamos y sugerencias	Se realiza acta de apertura del buzón de sugerencias en compañía de la coordinadora del centro vida Manuel Ignacio Aragón.
OBLIGACIÓN – NUMERAL 38	**GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES**
Pago de seguridad social	Se realizan los pagos correspondientes del mes de junio y julio los cales se anexan planillas al informe como constancia que si se cancela la seguridad social.

OBLIGACION / PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	GESTIÓN DESARROLLADA, OBSERVACIONES
PAGO PERIODO DE 24 JUNIO HASTA 24 JULIO 2021 CORRESPONDIENTE AL PERIODO A CANCELAR DE LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE ACUERDO A LA LEY.	Adjunto los certificados de afiliación a salud, pensión y riesgos profesionales

SALUD	ASMET SALUD	$113.600
PENSION	PORVENIR	$145.400
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	$ 4.800
TOTAL PAGADO		$ 263.800

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

OBLIGACIÓN– NUMERAL 2	DILIGENCIAR FORMATOS DE HISTORIAS DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN RES 005 DE 20218
	

OBLIGACIÓN – NUMERAL 3	VALORACIÓN INICIAL, DILIGENCIAR FORMATO VALORACIÓN INTEGRAL A CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS
	

OBLIGACIÓN – NUMERAL 4	ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA RES 005 DEL 2018
	

OBLIGACIÓN – NUMERAL 6	DILIGENCIAR BITÁCORA DE REGISTRO DE LA EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL RES 005 DE 2018.
	
	

OBLIGACIÓN – NUMERAL 17	APOYO EN ACTIVIDADES ESPECIALES (DIA DE LA MADRE, DEL PADRE Y DEL ADULTO MAYOR)







OBLIGACIÓN – NUMERAL 20	RECOGER PLANILLAS DE ASISTENCIA DE LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS QUE DESARROLLE EN SU ÁREA CON LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA





OBLIGACIÓN– NUMERAL 29	REALIZAR JUNTO CON LA SUPERVISIÓN DELEGADA UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LLEVAR ORGANIZADAMENTE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR
	

OBLIGACIÓN – NUMERAL 31	TALLER PROMOVER LA CONCIENCIA DE UTILIDAD Y AUTOESTIMA EN LOS MAYORES











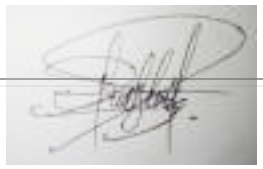


Carrera 6B N° 3A-06 B/ Centro -Celular -3226846186
E-mail: cortuniversal@gmail.com
www.cortuniversal.blogspot.com
http://contuniversal.com

OBLIGACIÓN – NUMERAL 37	PRESENTAR A LA SUPERVISIÓN DEL CENTRO VIDA UNA ACTA DE APERTURA DE BUZÓN DE PETICIONES QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS
	

OBLIGACIÓN – NUMERAL 38	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL



	27 de Agosto del 2021	
FIRMA CONTRATISTA	**FECHA DE ENTREGA**	**Vº Bº SUPERVISOR**

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: GRACIELA VARGAS BUENDIA

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Nombre beneficiario: JOSE OTONIEL ERAZO ERAZO

Diagnostico psicológico:

ESTADO COGNITIVO
Realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:
27-30 E: No deterioro cognitivo
21-26 E: Deterioro Cognitivo Medio
11-20 E: Deterioro Cognitivo Moderado
0-10 E: Deterioro Cognitivo severo
Beneficiario sin deterioro cognitivo

ESTADO AFECTIVO escala Abreviada de Yesavage.
La valoración afectiva de la siguiente manera:
0 a 4: Sin manifestaciones depresivas
5 a más: Con manifestaciones depresivas
Beneficiario sin sintomatología depresiva

ESTADO SOCIO-FAMILIAR
La valoración socio-familiar de la siguiente manera:
< 7 puntos: Buena situación familiar
8-9 puntos: situación familiar intermedia
≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo
Beneficiario con situación socio familiar buena

Firma Profesional: _____

UNIÓN TEMPORAL LLUVIA DE BENDICIONES
NIT: 901386423-7

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: José Manuel Grajo Graja			
Número de Identificación: 5 285 008		Expedida en: Los Andes	
Fecha De Nacimiento: 20 Noviembre 1945		Edad: 76	
Lugar De Nacimiento: Los Andes			
Género: Hombre: X	Mujer:		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Kra 7 N° 3-40 Barrio las Brisas			
Teléfono: 3133361615			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: no	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia:			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: X	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: NO		Cual: —	
Toma algún medicamento: NO		Cuales: —	
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer X	b) Escribir X	c) Sumar X	d) Restar X
e)Multiplicar X	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a)Primaria: X	Grado alcanzado: 3 Primaria		
b)Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f)Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Gracida Vargas Buendia	Parentesco:	Esposa
Teléfono Del Acudiente	3133361615		

UNIÓN TEMPORAL LLUVIA DE BENDICIONES
NIT: 901386423-7

CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.

FORMATO INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
BENEFICIARIOS CENTRO VIDA			
1. DATOS PERSONALES			
Nombres Completos: Graciela Vargas Buendia			
Número de Identificación: 26.620.617		Expedida en: La Montanha	
Fecha De Nacimiento 07-Febrero-1944		Edad: 77	
Lugar De Nacimiento: Suata			
Género: Hombre:	Mujer: x		
2. LOCALIZACIÓN			
Dirección de residencia: Cra 7 N° 3-40 Barrio las Brisas			
Teléfono: 3133361615			
Con quien Vive: Solo:	Acompañando: x	Cuanta personas Conforman su hogar: 2	
Donde vive su Familia:			
3.SALUD			
Seguridad Social En Salud: Si: x	No:	Cual: Asmed Salud	
SISBEN: Si:	No:	Nivel:	IPS:
Presenta alguna alteración de Salud: Si		Cual: Hipertencion	
Toma algún medicamento: Si		Cuales: Enalapril	
4. ECONÓMICA Y OCUPACIÓN			
Ocupación actual: En Casa			
Cuenta con algún empleo para su Sustento: NO			
Recibe algún tipo de Subsidio: Si		Cual: Colombia Mayor	
5. EDUCACIÓN			
Sabe usted?			
a) Leer x	b) Escribir x	c) Sumar x	d) Restar x
e) Multiplicar x	f) otros		g) Ninguna
Nivel Educativo Alcanzado:			
a) Primaria: x	Grado alcanzado: 4 Primaria		
b) Secundaria	Grado Alcanzado		
e) Técnico	f) Tecnólogo	d) Universidad:	i) Ninguno
6. INFORMACIÓN ACUDIENTE O FAMILIA			
Nombres Del Acudiente:	Jose Otoniel Erazo	Parentesco:	Esposo
Teléfono Del Acudiente	3133361615		

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA
TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

1. VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO
MINI- EXAMEN DEL ESTADO MENTAL
(Profesional en Psicología y Acompañamiento Gerontología)

NOMBRES COMPLETOS BENEFICIARIOS: Jose Otoniel Frazo Frazo

PUNTAJE		ORIENTACIÓN		
/5	Diga en qué	1. Año	Nos encontramos	1 ✓
		2. Mes		1 ✓
		3. Día		1 ✓
		4. Día/ Semana		1 ✓
		5. Hora		1 ✓
/5	En qué	1. País	Nos encontramos	1 ✓
		2. Ciudad		1 ✓
		3. Departamento		1 ✓
		4. Lugar		1 ✓
		5. Piso		1 ✓
		MEMORIA		
/3	Diga las siguientes tres palabras: Casa, mesa, árbol. Un segundo por cada una, luego solicite a la persona mayor que las repita. Un punto por cada una. Si en un primer ensayo no logra repetir las palabras, repítalas hasta que el paciente las registre. Apunte el número de ensayos requeridos 1			3
ATENCIÓN CÁLCULO				
/5	Restar 30 - 3, en forma sucesiva. Pare a la quinta respuesta. Registre un punto por cada respuesta correcta (27, 24, 21, 18) En **caso que la persona mayor, no sepa restar, utiliza la siguiente alternativa:** Decir los meses del año al revés (Diciembre, noviembre, octubre, Septiembre, Agosto) o los días de la semana (lunes, martes, miércoles....)			5
		EVOCACIÓN		
/3	Nombrar tres objetos. (Mesa, avión, árbol) Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden.			3
		LENGUAJE		
/2	Presentar dos objetos (Lápiz, reloj) y que la persona mayor los denomine.			2
/1	Repetir: en un trigal había cinco perros			1
/3	Comprensión: Obedecer una orden en tres etapas: "Tome la hoja con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el suelo (Dar un punto por cada una de las órdenes ejecutadas correctamente)			3
/1	**Para los siguientes tres puntos, utilizar una hoja tamaño carta, donde esté escrita la frase "Cierre sus ojos"** Lea y obedezca las siguientes órdenes "Cierre los ojos"			1
/1	Escriba una frase			1
/1	Copie el diseño 			1
PUNTAJE				30 /30

27- 30: Normal **21-26: Deterioro cognitivo medio** **11-20: Deterioro cognitivo moderado** **0-10: Daño cognitivo severo**

Análisis: Estado Cognitivo Normal

2. VALORACIÓN DEL ESTADO PSICOLÓGICO
(Profesional en Psicología y Acompañamiento Gerontología)

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA
TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA- YESAVAGE[1]		
INSTRUCCIONES: Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA		
1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	SI	**NO**
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	**SI**	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	**SI**	NO
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	**SI**	NO
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	**NO**
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	**SI**	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	**NO**
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	**SI**	NO
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	**SI**	NO
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	**SI**	NO
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	**NO**
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	**SI**	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	**NO**
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	**SI**	NO
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	**SI**	NO
TOTAL: 2		

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
- 0 - 4 : Normal
- 5 ó +: Depresión

Análisis:

No presenta Sintomatología depresiva

4. PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR – CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿ Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿ Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿ Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿ Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿ Siente que su familia le quiere?	0	1	2
		TOTAL	10

Análisis: Buena funcionalidad familiar

5. VALORACIÓN DEL ESTADO SOCIAL

Escala de valoración socio familiar de Gijón (abreviada y modificada)

Situación familiar	
1. Vive con pareja y/o familia sin conflicto.	SI
2. Vive con pareja de similar edad.	SI
3. Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo.	NO
4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.	NO
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.	NO

[1] La escala geriátrica de depresión de Yesavage, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores.

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA
TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

Relaciones y contactos sociales	
1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.	S1
2. Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.	S1
3. Sólo se relaciona con familia, sale de casa.	S1
4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 por semana).	S1
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana).	S1
Apoyos red social	
1. No necesita ningún apoyo.	S1
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.	S1
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro vida, programa Colombia Mayor, otros)	S1
4. Tiene soporte social pero es insuficiente.	S1
5. No tiene ningún soporte social y lo necesita.	S1
TOTAL: 5	
Puntuación: < 7 puntos: situación socio- familiar buena 8-9 puntos: situación intermedia. ≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo	

Análisis: Buena Situacion socio familiar

Propuesta Plan de atención:

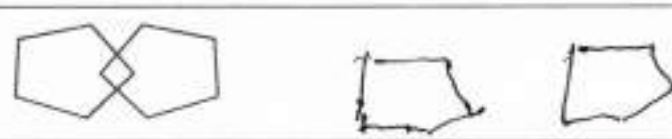
Reforzar estado cognitivo

Firma Profesional:

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA
TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

1. VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO
MINI- EXAMEN DEL ESTADO MENTAL
(Profesional en Psicología y Acompañamiento Gerontología)

NOMBRES COMPLETOS BENEFICIARIOS: Graciela Vargas Buendia

PUNTAJE	ORIENTACIÓN			
/5	Diga en qué	1. Año	Nos encontramos	1 ✓
		2. Mes		1 ✓
		3. Dia		1 ✓
		4. Dia/ Semana		1 ✓
		5. Hora		1 ✓
/5	En qué	1. Pais	Nos encontramos	1 ✓
		2. Ciudad		1 ✓
		3. Departamento		1 ✓
		4. Lugar		1 ✓
		5. Piso		1 ✓
	MEMORIA			
/3	Diga las siguientes tres palabras: Casa, mesa, árbol. Un segundo por cada una, luego solicite a la persona mayor que las repita. Un punto por cada una. Si en un primer ensayo no logra repetir las palabras, repítalas hasta que el paciente las registre. Apunte el número de ensayos requeridos 1			3
ATENCIÓN CÁLCULO				
/5	Restar 30 - 3, en forma sucesiva. Pare a la quinta respuesta. Registre un punto por cada respuesta correcta (27, 24, 21, 18) En **caso que la persona mayor, no sepa restar, utiliza la siguiente alternativa:** Decir los meses del año al revés (Diciembre, noviembre, octubre, Septiembre, Agosto) o los días de la semana (lunes, martes, miércoles....)			5
	EVOCACIÓN			
/3	Nombrar tres objetos. (Mesa, avión, árbol) Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden.			3
	LENGUAJE			
/2	Presentar dos objetos (Lápiz, reloj) y que la persona mayor los denomine.			2
/1	Repetir: en un trigal había cinco perros			1
/3	Comprensión: Obedecer una orden en tres etapas: "Tome la hoja con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el suelo (Dar un punto por cada una de las órdenes ejecutadas correctamente)			3
/1	**Para los siguientes tres puntos, utilizar una hoja tamaño carta, donde esté escrita la frase "Cierre sus ojos"** Lea y obedezca las siguientes órdenes "Cierre los ojos"			1
/1	Escriba una frase			1
/1	Copie el diseño 			1
PUNTAJE				30 /30

27- 30: Normal **21-26: Deterioro cognitivo medio** **11-20: Deterioro cognitivo moderado** **0-10: Daño cognitivo severo**

Análisis: Buen estado cognitivo

2. VALORACIÓN DEL ESTADO PSICOLÓGICO
(Profesional en Psicología y Acompañamiento Gerontología)

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA
TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA- YESAVAGE[1]		
INSTRUCCIONES: Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA		
1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	SI X	**NO**
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	**SI** X	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	**SI**	NO X
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	**SI**	NO X
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI X	**NO**
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	**SI**	NO X
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI X	**NO**
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	**SI**	NO X
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	**SI** X	NO
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	**SI**	NO X
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI X	**NO**
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	**SI**	NO X
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI X	**NO**
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	**SI**	NO X
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	**SI**	NO X
TOTAL: 2		

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
- 0 - 4 : Normal
- 5 ó +: Depresión

Análisis:

No presenta Sintomatología depresiva

4. PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR – CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿ Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	X 2
2. ¿ Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	X 2
3. ¿ Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	X 2
4. ¿ Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	X 2
5. ¿ Siente que su familia le quiere?	0	1	X 2
		TOTAL	10

Análisis:

Buena funcionalidad familiar

5. VALORACIÓN DEL ESTADO SOCIAL

Escala de valoración socio familiar de Gijón (abreviada y modificada)

Situación familiar	
1. Vive con pareja y/o familia sin conflicto.	SI
2. Vive con pareja de similar edad.	SI
3. Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo.	NO
4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.	NO
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.	NO

[1] La escala geriátrica de depresión de Yesavage, ha sido probada y utilizada ampliamente con la población de personas mayores.

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA AMBIENTAL Y DEPORTIVA
TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL
NIT: 900.623.092-6

Relaciones y contactos sociales	
1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.	
2. Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.	
3. Sólo se relaciona con familia, sale de casa.	
4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 por semana).	
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana).	SI
Apoyos red social	
1. No necesita ningún apoyo.	
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.	
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro vida, programa Colombia Mayor, otros)	
4. Tiene soporte social pero es insuficiente.	
5. No tiene ningún soporte social y lo necesita.	SI
TOTAL: 3	
Puntuación: < 7 puntos: situación socio- familiar buena 8-9 puntos: situación intermedia. ≥ 10 puntos: deterioro socio familiar severo	

Análisis: Buena Situacion socio-familiar

Propuesta Plan de atención:

Reforzar estado cognitivo

Firma Profesional:

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Graciela Vargas Buendia mayor de edad, identificado con cedula N. 26620671. Autorizo al profesional en psicología Adriana Maria Palacio, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Graciela Vargas

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Graciela Vargas Buendia
Edad: 77
Fecha de nacimiento: 07-Febrero-1944
Lugar: Suaza
Escolaridad: 4 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casada
Nombre del papá: Maximiliano Vargas
Nombre de la mamá: Maria del Carmen Buendia
Nombre de la esposa: Jose Otoniel Erazo
Nombre los hijos: Nuvia Soubieta, Sadith Edilma, Nelcy-Mirley-Maria

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Recuerda que jugaba e iban a nadar al rio, ayudaba a su madre en labores de casa.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Estuvo estudiando en ese entonces la escuela quedaba en una finca, participaba en la iglesia y le gustaba mucho cantar en cada actividad que realizaba el padre, con el tiempo conocio a su esposo se caso y se fueron a vivir a una finca

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
vivio siempre en un finca ayudaba hacer la comida para los trabajadores, nunca le falto nada su esposo se encargo de que nada faltara tuvo sus hijas las crio y cada una tiene su hogar

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente vive con su esposo, sus hijas estan muy pendientes de ellos y les colaboran en lo que mas pueden.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria en optimas condiciones cognitivas muy trabajadora no presenta ninguna patologia ni enfermedad psicoemosional al intervenir

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Velasco **T.P.** 213262

HISTORIA DE VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los beneficiarios del CENTRO VIDA, para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una Entrevista sobre cómo era su vida antes de hacer parte de este programa y cómo le gustaría que fuera ahora.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y la información será consignada en un formato, dicha información será es necesaria para adecuar los planes individualizados de atención, de acuerdo a las necesidades que presente, así como para implementar o fortalecer los programas que se ofertan desde el centro Vida a los usuarios.

Por lo cual, Yo Jose Otoniel Erazo Erazo mayor de edad, identificado con cedula N. 5.285.008. Autorizo al profesional en psicología Adriana Maria Blanco, para tomar la información referente a mi ciclo de vida. Además, manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la entrevista y la confidencialidad de la información.

Así mismo, manifiesto que el profesional encargado me ha aclarado las dudas que han surgido de nuestra participación voluntaria.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procede a firmar el presente documento.

Jose Otoniel Erazo
FIRMA DEL BENEFICIARIO

SI NO FIRMA HUELLA

HISTORIA DE VIDA

(Esta herramienta aporta información vital para la personalización del acompañamiento psicosocial)

Fecha: _____

Nombre y apellidos: Jose Otoniel Erazo Erazo
Edad: 76
Fecha de nacimiento: 20-noviembre-1945
Lugar: los Andes
Escolaridad: 3 Primaria
Nombre de la institución:
Estado civil: Casado
Nombre del papá: Jose segundo Erazo
Nombre de la mamá: Maria Erazo
Nombre de la esposa: Graciela Vargas Buendia
Nombre los hijos: Yuley - Maria -

HECHOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Y NIÑEZ:
Le gostaba ir a jugar ya que montenia solo en casa mientras su madre trabajaba ella le dejaba listo los alimentos.

HECHOS RELEVANTES DE LA ADOLESCENCIA:
Se iba solo a pescar y ayudaba a su madre en trabajos que ella necesitaba.

HECHOS RELEVANTES EN LA ADULTEZ:
Trabajo siempre, conocio a su esposa y se fueron a trabajar a la finca tuvieron sus hijas las sacaron adelante y cada una tiene su hogar

ASÍ SOY AHORA:
Actualmente viven el y la esposa sus hijas le colaboran en lo que mas puedan, en ocasiones cria pollos para sus necesidades.

HISTORIA DE VIDA

ANALISIS:

Beneficiaria trabajadora muy orientada y no presenta ninguna patologia

Firma del profesional: _____

Nombre: Adriana Palacio **T.P.** 213262

	CORPORACIÓN CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL NIT: 900.623.092-6	
	CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.	
	CONVENIO DE ASOCIACIÓN N° CO1.PCCNTR-2607201	
	PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO	
TIPO DE ACTIVIDAD	Táller promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
FECHA DE ACTIVIDAD		

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
1	17,627,319	ABDIAS MENDEZ OLAYA	3132403605- 3505277712	Abdias M
2	6,666,737	AGUSTIN TRUJILLO CALDERON	3212847383	Agustin Trujillo C
3	79.276.339	ALEJANDRO ARTURO ROMERO	3115439397	Alejandro A. Romero S
4	26631095	ALICIA TABORDA	3208185830	
5	40.758.874	ANA BEATRIZ ORTIZ LOPEZ	3175917858	anabia
6	26.623.792	ANA MATILDE ALVARES	3142578249	Ana Matilde Alvarez
7	26.435.490	ANA ROSA ANTURI	3213221306	
8	4.953.537	ANGELMIRO SALINAS BARRERA	3118567550	
9	26.628.504	AURACELY ROJAS CORDOBA	3125626025	Aura Cely Rojas C
10	26.630.165	BALBINA PERDOMO ARTUNDUAGA	31155448298	Balbina Perdo
11	40.725.020	BEATRIZ ROBLES	3108059532	Beatriz Robles

	CORPORACIÓN CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL NIT: 900.623.092-6	
	CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.	
	CONVENIO DE ASOCIACIÓN N° CO1.PCCNTR-2607201	
	PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO	
TIPO DE ACTIVIDAD	Taller promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
FECHA DE ACTIVIDAD		

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
12	26.628.615	BERNARDA LEITON DE BAHOS	3132365478	
13	27,358,807	BERTHA ZAMUDIO DE CABRERA	3142899884	
14	26.631.562	BLANCA INES VARGAS MEJIA	3124834220	
15	36.110.033	BLANCA OTILIA PALECHOR	3108482110- 3116607950- 3138880283	
16	36,171,636	CARMEN ROSA VILLA QUINCHIA	3202319825	
17	48.607.805	DEYANIRA LOPEZ	3218129430	
18	4.960.991	DIMAS CARVAJAL PLAZAS	3102114175	
19	40.763.443	ELCIRA GOMEZ PALECHOR	3138880283	
20	26631520	ELIA MARIA CABRERA DE TABORDA	3115900096	
21	4.959.361	ELIECER CALDERON STERLING	3212890931	
22	4.961.052	ELOY OLAYA AUDOR	3115794291	

	CORPORACIÓN CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL NIT: 900.623.092-6	
	CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.	
	CONVENIO DE ASOCIACIÓN N° CO1.PCCNTR-2607201	
	PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO	
TIPO DE ACTIVIDAD	Taller promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
FECHA DE ACTIVIDAD		

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
23	26.615.221	ELVIRA CALDERON	3115963081	
24	26.628.635	EMILIA MUÑOZ CABRERA	3102114175	
25	26.569.929	ENELIA MUÑOZ DE CALDERON	3214007651	
26	96.357.667	ERASMO SIERRA SIERRA	3214942814	Erasmo
27	63.273.592	EVELIA SILVA	3172517223	Evelia Silva
28	4.960.576	EZEQUIEL PIMENTEL	3044783478	
29	36.273.513	FATTY PARRA DE GAVIRIA	3215043084	Fatty Parra
30	26.620.671	GRACIELA VARGAS BUENDIA	3133361615	Graciela Vargas
31	4.961.099	GENTIL CRUZ BECERRA	3115548298	Gentil C
32	19.283.713	GENTIL LOPEZ CABRERA	3123328599	Gentil Lopez
33	36.153.805	GLADYS FERNANDEZ ALEY	3108702378	Gladys Fernandez

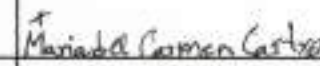
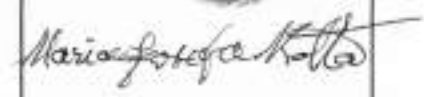
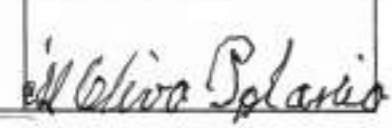
CORTUNIVERSAL	CORPORACIÓN CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL NIT: 900.623.092-6	Albania
	CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.	
	CONVENIO DE ASOCIACIÓN N° CO1.PCCNTR-2607201	
	PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO	
TIPO DE ACTIVIDAD	Taller promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
FECHA DE ACTIVIDAD		

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
34	26,596,640	GLORIA MARIA FAJARDO	3125804462	Gloria Fajardo
35	17.680.408	HECTOR ROBLEDO NOVOA	3124879343	Hector Robledo
36	4,960,092	HELI ANTURI VALBUENA	3115328586	
37	26.631.360	HELSIN MIRIAM ORTIZ DE AYALA	3123032572	
38	25.137.255	HERLINDA DUQUE DE RICO	3134736359	
39	40.726.802	HERMENCIA OLAYA de GAVIRIA	3115794291	Ermencia Olaya
40	4.961.409	HUMBERTO GUTIERREZ TAMAYO	SIN DATO	
41	17.682.039	ISRAEL CABRERA CARVAJAL	3136390906	Israel Cabrera
42	17.637.602	IVAN COLLAZOS	3202008865	Ivan Collazos
43	6767192	JAIME CUELLAR RAMOS	3118533296	Jaime Cuellar
44	2,237,974	JESUS MARIA AROCA PEDRAZA	3132646894	Jesus Aroca

	CORPORACIÓN CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL NIT: 900.623.092-6	
	CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.	
	CONVENIO DE ASOCIACIÓN N° CO1.PCCNTR-2607201	
	PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO	
TIPO DE ACTIVIDAD	Taller promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor	
FECHA DE ACTIVIDAD		

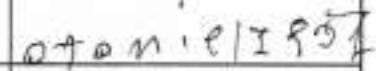
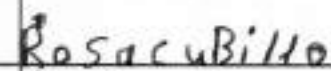
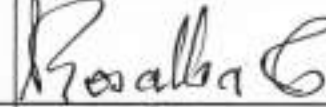
No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
45	4,960,939	JESUS MARIA VALDERRAMA BERMEO	3138053008	
46	5.265.008	JOSE OTONIEL ERAZO ERAZO	3133361615	
47	1.860.404	JOSE SEGUNDO ERAZO CABRERA	3112835806	
48	4.961.112	JOSE WILSON ALVAREZ GUTIERREZ	3115715847	
49	4.960.916	JUAN EUDES GAVIRIA BERMEO	3212043084	
50	26.628.362	JUDITH VASQUEZ	3214467506	
51	5,960,476	JULIO SAPUYES	3173255223	
52	26.631.401	LIGIA GARCIA DE SANCHEZ	3202512371	
53	17.635.924	LORENZO COLLAZOS ORTIZ	3123473323	
54	4,961,346	LUIS COLLAZOS ORTIZ	3124834220	
55	4,961,023	LUIS FRANCISCO ZUÑIGA VIDAL	3132151743	

	CORPORACIÓN CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL NIT: 900.623.092-6	
	CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.	
	CONVENIO DE ASOCIACIÓN N° CO1.PCCNTR-2607201	
	PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO	
TIPO DE ACTIVIDAD	Taller promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
FECHA DE ACTIVIDAD		

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
56	26.629.386	LUZ GERARDINA BUITRON	3204704973	
57	26,631,079	MARGARITA VARGAS DE STERLING	3115422981	
58	26.631.932	MARIA DEL CARMEN CASTRO	3144638639	
59	26.627.494	MARIA ELVIRA RAMOS	3108079835	
60	26,631,431	MARIA ELVITA GOMEZ	3143099834	
61	26.631.171	MARIA ILMA ANTURI	3212890931	
62	26.611.228	MARIA JOSEFA MOTTA	3144561462	
63	26.631.380	MARIA LUCELIDA RODRIGUEZ	3125650000	
64	26.631.516	MARIA MATILDE ARENAS	3118365919	
65	26.626.210	MARIA NELCY CABRERA DE SOTO	SIN DATO	
66	26.631.270	MARIA OLIVA POLANIA	3144060705	

Dirección CL 3 5 28 CR 5 3 27 ESQ
Correo electrónico: cortuniversal@gmail.com
Celular: 322 684 6186

	CORPORACIÓN CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL NIT: 900.623.092-6	
	CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.	
	CONVENIO DE ASOCIACIÓN N° CO1.PCCNTR-2607201	
	PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO	
TIPO DE ACTIVIDAD	Taller promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
FECHA DE ACTIVIDAD		

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
67	20.810.599	MARIA SENOBIA DIAZ MAHECHA	3103009400	
68	1.657.595	NORBERTO GOMEZ	SIN DATO	
69	17.637.095	OTONIEL MONTOYA ISAZA	3229492205	
70	40.761.632	ROSA CUBILLOS GASCA	3217047382	
71	26.631.487	ROSALBA CABRERA DE ALVAREZ	3115175847	
72	26.611.819	ROSALBA VILLA REAL	3213254815	
73	26.572.911	ROSANA AUDOR	3219939810	
74	26.627.814	RUFINA ROMERO GRANADOS	3115474980	
75	4.938.316	SILVIO ALARCON	SIN DATO	
76	1.465.973	SOTERO CARABALY	SIN DATO	
77	20.114.298	TERESA ESQUIVEL	3132854136	

Dirección CL 3 5 28 CR 5 3 27 ESQ
Correo electrónico: cortuniversal@gmail.com
Celular: 322 684 6186

	CORPORACIÓN CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL NIT: 900.623.092-6	
	CENTRO VIDA MANUEL IGNACIO A.	
	CONVENIO DE ASOCIACIÓN N° CO1.PCCNTR-2607201	
	PLANILLA ASISTENCIA DE BENEFICIARIO	
TIPO DE ACTIVIDAD	Taller promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
FECHA DE ACTIVIDAD		

No.	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	FIRMA O HUELLA
78	4.625.137	TOMAS SAMBONI SAMBONI	3204704973	
79	4.917.096	TORIVIO PAJAJOY	SIN DATO	
80	4.927.617	VICTOR IMBACHI CHILITO	3214019408	

Dirección CL 3 5 28 CR 5 3 27 ESQ
Correo electrónico: cortuniversal@gmail.com
Celular: 322 684 6186

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ABDIAS MENDEZ OLAYA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:31-07-2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: AGUSTIN TRUJILLO CALDERON

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ALEJANDRO ARTURO ROMERO

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	

Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ALICIA TABORDA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ANA BEATRIZ ORTIZ LOPEZ

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual**	

manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ANA MATILDE ALVAREZ

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ANA ROSA ANTURI

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ANGELMIRO SALINAS BARRERA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**

Fecha:31/07/2021
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**
Resumen de la sesión: Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: AURACELY ROJAS CORDOBA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: BALBINA PERDOMO ARTUNDUAGA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual**	

manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: BEATRIZ ROBLES

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: BERNARDA LEITON DE BAHOS

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: BERTHA ZAMUDIO DE CABRERA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**

Fecha:31/07/2021
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: BLANCA INÉS VARGAS MEJIA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: BLANCA OTILIA PALECHOR

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual**	

manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: CARMEN ROSA VILLA QUINCHIA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/20021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: DEYANIRA LOPEZ

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: DIMAS CARVAJAL PLAZAS

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**

Fecha:31/07/2021
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ELCIRA GOMEZ PALECHOR

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ELIA MARIA CABRERA DE TABORDA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:31/07/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y**	

autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ELIECER CALDERON STERLING

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ( ) individual ( )**
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ELOY OLAYA AUDOR

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ( ) individual ( )**
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ELVIRA CALDERÓN DE SEPÚLVEDA

Área: Psicología	Intervención: Grupal ◯ individual ◯
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: -Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
Resumen de la sesión: Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: EMILIA MUÑOZ CABRERA

Área: Psicología	Intervención: Grupal ◯ individual ◯
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: -Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
Resumen de la sesión: Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ENELIA MUÑOZ DE CALDERÓN

Área: Psicología	Intervención: Grupal ◯ individual ◯
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: -Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
Resumen de la sesión: Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma,	

posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ERASMO SIERRA SIERRA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: EVELIA SILVA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: EZEQUIEL PIMENTEL

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: FATTY PARRA DE GAVIRIA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: GENTIL CRUZ BECERRA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión:	

Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: GENTIL LOPEZ CABRERA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: GLADYS FERNANDEZ ALEY

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: GLORIA MARIA FAJARDO

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: HÉCTOR ROBLEDO NOVOA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: HELI ANTURI VALBUENA

Área: Psicología	Intervención: Grupal ◯ individual ◯
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: -Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
Resumen de la sesión: Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: HELSIM MIRIAM ORTIZ DE AYALA

Área: Psicología	Intervención: Grupal ◯ individual ◯
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: -Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
Resumen de la sesión: Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: HERLINDA DUQUE DE RICO

Área: Psicología	Intervención: Grupal ◯ individual ◯
Fecha:	
Objetivo de la sesión: -Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
Resumen de la sesión: Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma,	

posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: HERMENCIA OLAYA DE GAVIRIA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: HUMBERTO GUTIÉRREZ TAMAYO

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:07/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ISRAEL CABRERA CARVAJAL

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: IVAN COLLAZOS ORTIZ

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: JAIME CUELLAR RAMOS

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión:	

Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: JESUS MARIA AROCA PEDRAZA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: JESUS MARIA VALDERRAMA BERMEO

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: JOSE SEGUNDO ERAZO CABRERA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: JOSE WILSON ALVAREZ GUTIERREZ

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: JUAN EUDES GAVIRIA BERMEO

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:14/08/2021	

Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: JUDITH VASQUEZ

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: JULIO SAPUYES

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le**	

preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: LIGIA GARCIA DE SANCHEZ

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: LORENZO COLLAZOS ORTIZ

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: LUIS COLLAZOS ORTIZ

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**

Fecha:14/08/2021
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: LUIS FRANCISCO ZUÑIGA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: LUZ GERARDINA BUITRON

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y**	

autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: MARGARITA VARGAS DE STERLING

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: MARIA DEL CARMEN CASTRO

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: MARIA ELVIRA RAMOS

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: MARIA ELVITA GOMEZ

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:14/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: MARIA ILMA ANTURI

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión:	

Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: MARIA JOSEFA MOTTA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: MARIA LUCELIDA RODRIGUEZ

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: MARIA MATILDE ARENAS

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: MARIA NELCY DE SOTO

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: MARIA OLIVA POLANIA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión:	

-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: MARIA SENOBIA DIAZ MAHECHA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: NORBERTO GOMEZ

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual**	

manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: OTONIEL MONTOYA ISAZA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ROSA CUBILLOS GASCA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ROSALBA CABRERA DE ALVAREZ

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**

Fecha:21/08/2021
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ROSALBA VILLA REAL

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: ROSANA AUDOR

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/82021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y**	

autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: RUFINA ROMERO GRANADOS

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: SILVIO ALARCON

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: SOTERO CARABALY

Área: Psicología	Intervención: Grupal ◯ individual ◯
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: -Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
Resumen de la sesión: Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: TERESA ESQUIVEL

Área: Psicología	Intervención: Grupal ◯ individual ◯
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: -Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
Resumen de la sesión: Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: TOMAS SAMBONI SAMBONI

Área: Psicología	Intervención: Grupal ◯ individual ◯
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: -Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.	
Resumen de la sesión:	

Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: TORIVIO PAJAJOY

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Beneficiario el cual asiste al centro vida, damos cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: VICTOR IMBACHI CHILITO

Área: Psicología	**Intervención: Grupal ◯ individual ◯**
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Se realizó visita domiciliaria, siguiendo los protocolos de bioseguridad, de igual forma, posteriormente, se procedió a realizar el taller para promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor, de acuerdo al cronograma de actividades y se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida. Al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada el cual manifestó no, ya que todo le había quedado claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: JOSE OTONIEL ERAZO ERAZO

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Se realiza Historia de Vida.** **-Se realiza valoración del Estado Cognitivo.** **-Formato Información Socio-Económico.** **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Siguiendo los protocolos de bioseguridad, se realizó la historia de vida, la valoración inicial y se diligenció el formato socio económico; posteriormente, se procedió a efectuar la charla de acuerdo al cronograma de actividades. Se contó con la participación del adulto mayor beneficiario del Programa Centro Vida, generando como resultado que éste, estuviera interesado en el tema, participando de manera dinámica en cada una de las preguntas que se efectuaron, logrando con ello que estuviera atento y aportando de forma conexa sobre el tema, al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada, refiriendo no tenerlas ya que todo estaba claro.**	

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
SESIÓN Nº2

Nombre del Beneficiario: GRACIELA VARGAS BUENDIA

Área: Psicología	**Intervención: Grupal** ◯ **individual** ◯
Fecha:21/08/2021	
Objetivo de la sesión: **-Se realiza Historia de Vida** **-Se realiza valoración del Estado Cognitivo** **-Formato Información Socio-Económico** **-Taller Promover la conciencia de utilidad y autoestima en el adulto mayor.**	
Resumen de la sesión: **Siguiendo los protocolos de bioseguridad, se realizó la historia de vida, la valoración inicial y se diligenció el formato socio económico; posteriormente, se procedió a efectuar la charla de acuerdo al cronograma de actividades. Se contó con la participación del adulto mayor**	

beneficiario del Programa Centro Vida, generando como resultado que éste, estuviera interesado en el tema, participando de manera dinámica en cada una de las preguntas que se efectuaron, logrando con ello que estuviera atento y aportando de forma conexa sobre el tema, al finalizar se le preguntó al beneficiario si tenía dudas o preguntas sobre la charla orientada, refiriendo no tenerlas ya que todo estaba claro.

ACTA DE ACTA DE APERTURA DE BUZON DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS Y SUGERENCIAS No 002 DE LA CORPORACIÓN CULTURAL, TURÍSTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL DEL MUNICIPIO DE ALBANIA CAQUETA

Acta de reunión No.	002	Fecha	23 de Agosto del 2021	Hora	3:00 pm
Lugar:	Oficina Principal de Centro Vida Manuel Ignacio Aragon				
Asunto de la reunión:	Apertura de Buzón de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias				

ORDEN DEL DÍA	
1.	Saludos a los presentes
2.	Intervenciones
3.	Resultados
4.	Cierre de la reunión

DESARROLLO

1. SALUDOS A LOS PRESENTES

La Coordinadora del centro vida, la señora Laura Sofía Espinosa Paredes, saluda a la presentes y de antemano agradece la asistencia a esta reunión e informando a su vez que esta se encuentra comprometida con el cumplimiento y seguimiento a todas aquellas quejas, sugerencias que nuestros usuarios realicen, tomando las medidas necesarias para su corrección, implementación y comunicación al personal respectivamente.

2. INTERVENCIONES

La Coordinadora del centro vida, la señora Laura Sofía Espinosa Paredes, manifiesta que el Buzón de Sugerencias se presenta como una de las herramientas de uso más frecuente, un instrumento que nos permite medir las expectativas y niveles de satisfacción de nuestros usuarios. Informa que así como se dan respuestas a las peticiones, también se deben adelantarse acciones que permitan dar solución a estas sugerencias y esto servirá como parte de estímulo como lo establece el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

3. RESULTADOS

El procedimiento se inicia por parte de la Coordinadora del centro vida, la señora Laura Sofía Espinosa Paredes quien en compañía de la Psicóloga Adriana María Palacio Bermeo, procedieron hacer apertura del buzón de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias encontrándose vacío.

4. CIERRE DE LA REUNIÓN

Agotado el orden del día se da por terminada la reunión siendo las 3:40 P.M firmando el acta los que en ella intervienen.



_____	_____
LAURA SOFÍA ESPINOSA PAREDES	ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO
1.234.641.997	1117540904
Coordinadora	Psicóloga

LECTURA Y APROBACIÓN DEL ACTA

Se procede a la lectura del acta y ésta, es aprobada por unanimidad de los asistentes. Y no quedando más asuntos a tratar, se levanta la sesión siendo las 3:45 p.m. del 23 de Agosto de 2021.

Albania, 27 de Agosto del 2021

Señora:
LAURA SOFIA ESPINOSA PAREDES
Supervisora
CORPORACION CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DESPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL "Cortuniversal"

Yo, Adriana María Palacio Bermeo identificado con CC No. 1.117.540.904 expedida en Florencia, declaro bajo la gravedad de juramento que cumplo con la condición expuesta en el Artículo 329 del Estatuto Tributario Modificado por el Artículo 10 de la Ley 1607 del 26 de diciembre de 2012 el cual cita "Los trabajadores que presten servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o que presten servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados o de maquinaria o equipo especializado, serán considerados dentro de la categoría de empleados, siempre que sus ingresos correspondan en un porcentaje igual o superior a (80%) al ejercicio de dichas actividades".

Así mismo certifico que el pago de seguridad social planilla No. 8614760327 correspondientes al mes de agosto 2021, el cual es único y exclusivo para el cobro de la prestación de servicios según objeto prestación de servicios como psicóloga para desarrollar actividades propias del cargo en el centro vida, en el marco del convenio de asociación Nºco1.pccntr.2607201 suscrito entre el municipio de Albania con la corporación cultural, turística, ambiental y deportiva turmalina universal cortuniversal del Contrato de Prestación de Servicios 04 - 2021 suscrita con la **CORPORACION CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DESPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL** **"**CORTUNIVERSAL**"**

Por lo anterior respetuosamente solicito aplicar lo estipulado en estas normas para efecto de retención en la fuente de los pagos realizados a mi nombre.

Cordialmente,



_____
ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO
C.C. 1.117.540.904
Contratista

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1117540904	0	ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	1101	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
18-29	KRA 4 4 56		3182689028		ADRIANA-MARIA130@HOTMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-08	2021-08	8614760327	I	2021-08-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	263.800	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8613948414	2021-09-02	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 1117540904	PALACIO BERMEO ADRIANA MARIA	908.526																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	908.526	145.400	0	0	ESSC ASMET SALUD-ESSC62	908.526	113.600	SIN CCF-SINCCF	0	0	908.526	4.800	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	263.800	N

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1117540904	0	ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	1101	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
18-29	KRA 4 4 56		3182689028		ADRIANA-MARIA130@HOTMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-08	2021-08	8614760327	I	2021-08-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	263.800	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8613948414	2021-09-02	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
908.526	908.526	908.526	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	145.400	0	0	0	145.400
PORVENIR	230301	800224808	8	1	145.400	0	0	0	145.400
EPS(Administradoras: 1)				1	113.600	0	0	0	113.600
ESSC ASMET SALUD	ESSC62	900935126	7	1	113.600	0	0	0	113.600
ARP(Administradoras: 1)				1	4.800	0	0	0	4.800
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	4.800	0	0	0	4.800
Gran Total					263.800	0	0	0	263.800

CORPORACIÓN CULTURAL, TURÍSTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL

Carrera 6B N° 3A-06 B/ Centro Teléfono: 3226846186

E-mail. cortuniversal@gmail.com - www.cortuniversal.blogspot.com

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

(Art.55 Resolucion N° 000042 del 5 de Mayo de 2020)

DOCUMENTO SOPORTE
Cortuniversal- 52

Resolucion DIAN N° 18764013167282 del 2021/05/10

Numeracion Autorizada del 1 al 100

Persona Natural de quien se adquieren los Bienes y/o Servicios:	**ADRIANA MARIA PALACIO BERMEO**		
NIT:	1.117.540.904		
DIRECCION	KR 4 Nº 4 -56 B/ CENTRO		
TELEFONO	3182689028	**CIUDAD**	ALBANIA
FECHA:	25-ago-21		

Cantidad	Detalle de la Operación	Valor Unitario	Valor Total
1	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PSICOLOGA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CARGO EN EL CENTRO VIDA, EN EL MARCO DEL CONVENIO DE ASOCIACION NºCO1.PCCNTR.2607201 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE ALBANIA CON LA CORPORACIÓN CULTURAL, TURÍSTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL CORTUNIVERSAL DESDE EL 25 DE JULIO AL 24 DE AGOSTO DEL 2021	$1.600.000	$1.600.000
		TOTAL GENERAL	**$1.600.000**

SON: UN MILLON SEICIENTOS MIL PESOS

FIRMA _____

CC. 1.117.540.904

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO DECLARO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN "NO RESPONSABLE DE IVA" Y SEGÚN EL ARTICULO 616-2 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA.

CORTUNIVERSAL
Corporación Cultural Turística Ambiental y Deportiva
TURMALINA UNIVERSAL

CORPORACION CULTURAL, TURISTICA, AMBIENTAL Y DEPORTIVA TURMALINA UNIVERSAL
NIT. 900.623.092-6
Cra 6B N° 3A-05 B/ Centro -Celular -3125326105-3226846186
E-mail: cortuniversal@gmail.com
www.cortuniversal.blogspot.com
http://contuniversal.com

COMPROBANTE DE EGRESO	10-SEP-2021
FECHA DE EMISION:	Nº 0056

PAGADO A:	ADRIANA MARIA PALACIO	N° DE IDENTIFICACION	1.17.540.904
VALOR $	1.600.000		
La suma de:	UN MILLON SEISCIENTOS MIL PESOS		

POR CONCEPTO DE:	PRESTAR EL SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO PSICOLOGA N. CO1 PCCNTR 2607201 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE ALBANIA Y CORTUNIVERSAL

EFECTIVO :		TRANSFERENCIA BANCARIA :	
FIRMA AUTORIZADA	FIRMA DEL BENEFICIARIO	Total	1.600.000
		Retención %	
C.C. O NIT:	C.C. O NIT:	Total recibido	1.600.000

Escaneado con CamScanner