







 <p>MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL - RISARALDA</p>	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>	Código: DSDC5002F	 
		Versión: 0	
		Fecha: 03/2015	
		Página 1 de 6	

<p>ACTA N° 005 de 20 de Enero de 2025.</p>	
<p>FECHA: 20 de Enero de 2025</p>	<p>HORA INICIO: 2:00 pm HORA FIN: 4:00 pm</p>
<p>LUGAR: Despacho Secretaría de Desarrollo Social</p>	
<p>OBJETIVO: Revisión del cumplimiento de alcances contrato Centro Vida, cuarto periodo de pago del 19 de Diciembre de 2024 al 18 de Enero de 2025.</p>	
<p>RESPONSABLE: Duberney Gutiérrez Zapata - Secretario de Desarrollo Social Encargada Sandra Vivas - Abogada Contratista Jerleny Quiceno Ocampo – Representante legal GI ONG. Jaqueline Montes Gonzalez – Directora Técnica</p>	
<p>DESARROLLO:</p>	
<p>Se inicia con la revisión de los alcances contenidos en el convenio de asociación, resaltando que el mismo fue adicionado con vigencia futura, por lo cual corresponde al informe 4 del convenio 578 de 2024.</p>	
<p>ALCANCE 1: Se hace la revisión aleatoria de la historia gerontológica, encontrando que están acordes con los requerimientos, se revisa el expediente de las siguientes personas:</p> <ol style="list-style-type: none"> José Javier Ocampo Ríos Víctor Manuel Quiceno Díaz Luz Mery Ríos de Rincón Jorge Eliecer Guzmán Bejarano 	
<p>Así mismo se aportan evidencias de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Actualización de base de datos dentro de la historia gerontológica de los usuarios. Sobre el reporte de los registros de los usuarios atendidos continúa en 358 personas mayores, como quiera que durante el periodo objeto de pago no ingresaron nuevos usuarios. Se evidencia en el informe el seguimiento y evaluación de las historias gerontológicas por parte del equipo sicosocial. Se aportan las valoraciones integrales de seguimiento conforme a los anexos presentados, así mismo visitas domiciliarias para valoración del riesgo socio económico. Valoraciones del componente cognitivo y emocional por parte del área de psicología. Valores de seguimiento nutricional. Se aportan bitácoras de atención de 4 valoraciones y seguimiento médico. Se aportan evidencias de 4 atenciones por parte de las auxiliares de enfermería. Se anexan evidencias de intervenciones individuales por parte de psicología. 2 intervenciones. Se anexan intervenciones de casos atendidos por el equipo psicosocial, para velar el 	




EL CAMBIO LO CONSTRUIMOS TODOS

 <p>MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL - RISARALDA</p>	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>	Código: DSDC5002F	 
		Versión: 0	
		Fecha: 03/2015	
		Página 2 de 6	




<p>ACTA N° 005 de 20 de Enero de 2025.</p>	
<p>FECHA: 20 de Enero de 2025</p>	<p>HORA INICIO: 2:00 pm HORA FIN: 4:00 pm</p>
<p>LUGAR: Despacho Secretaría de Desarrollo Social</p>	
<p>cumplimiento del reglamento interno y la sana convivencia.</p> <p>Estas evidencias son transversales a los alcances 5, 6 y 7.</p> <p>ALCANCE 2: Se revisan los listados de asistencia del cuarto periodo de pago correspondientes a los días comprendidos entre el 19 de Diciembre de 2024 al 18 de Enero de 2025 para un total de 3.165.</p> <p>Se anexan las minutas semanales y las fotografías donde consta el cumplimiento de la misma.</p> <p>Se anexa informe de la nutricionista donde consta que se hizo verificación de las buenas prácticas de manufactura por parte de dicha área así como la revisión del servicio, neveras utensilios, entre otros.</p> <p>ALCANCE 3: Se revisa el cumplimiento de la intervención con centro día móvil, se evidencia atención a 5 personas del grupo “los cristales”, los cuales fueron trasladados a la sede del centro vida el día 20 de Diciembre de 2024, así mismo, 20 personas de la unidad de víctimas los cuales fueron trasladados a la sede del centro vida el día 10 de Enero de 2025 y 11 adultos del la vereda “El lembo” los cuales fueron atendidos in situ el día 13 de Enero de 2025; por último 14 personas mayores del grupo los cristales y reminiscencias el día 17 de Enero de 2025. Se aportan evidencias fotográficas de la entrega del refrigerio y el almuerzo, se revisan los listados de asistencia los cuales se encuentran debidamente diligenciados.</p> <p>ALCANCE 4: Se evidencia la realización de un evento denominado ENCUENTRO INTERGENERACIONAL el día 19 de Diciembre de 2024 con 22 jóvenes pertenecientes a campamentos juveniles, revisadas las evidencias fotográficas se encuentra acorde, al igual que el informe presentado por los profesionales a cargo. Así mismo se evidencia encuentro de familias el día 23 de Diciembre de 2024, por lo cual se encuentra acorde. Este alcance es transversal al alcance 12.</p> <p>ALCANCE 5, 6 Y 7: El plan de atención integral, las bitácoras y los seguimientos por cada usuario se encuentran en el archivo del contratista, se realiza una revisión aleatoria encontrándose acorde.</p>	

 <p>MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL - RISARALDA</p>	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>	Código: DSDC5002F	 
		Versión: 0	
		Fecha: 03/2015	
		Página 3 de 6	

<p>ACTA N° 005 de 20 de Enero de 2025.</p>	
<p>FECHA: 20 de Enero de 2025</p>	<p>HORA INICIO: 2:00 pm HORA FIN: 4:00 pm</p>
<p>LUGAR: Despacho Secretaría de Desarrollo Social</p>	
<p>ALCANCE 8: Orientación Psicosocial: Se evidencian intervenciones colectivas durante el periodo objeto de pago a través de los grupos denominados “aulas” basados en objetivos como soledad, consciencia e inconsciencia y corresponsabilidad familiar; se encuentra acorde.</p>	
<p>ALCANCE 9: Atención Primaria en Salud: Se evidencian intervenciones por parte de las auxiliares de enfermería en temas como prevención de caídas, demencia, problemas auditivos, la importancia de los exámenes de rutina, conforme a los informes y fotografías se evidencia el cumplimiento, a través de los objetivos propuestos para el periodo objeto de pago. Se encuentra acorde.</p>	
<p>ALCANCE 10: Proyectos Productivos: Se evidencia la realización de actividades denominadas cojín, proyecto de gallina huevera, eco botellas, se realizaron actividades de exposición de manualidades con la presencia de una delegación por parte de las familias. Se evidencia la realización del proyecto de la huerta, se realizó limpieza y adecuación de heras, siembra de cebolla larga, cilantro, recolección de zanahoria y pepino cohombro. Se encuentra acorde.</p>	
<p>ALCANCE 11: Actividad Física: En el periodo objeto de pago se evidencia la realización de gimnasia diaria de mantenimiento, que dura 40 minutos. Se evidencia la realización de talleres de flexibilidad, prevención de caídas, estimulación cognitiva, tiempos de reacción, recreación. Se evidencia la realización de actividades como día de los inocentes, día de los reyes magos y reinado del café. Se evidencian actividades físicas de newcom voleibol, hockey adaptado a personas mayores, hidroterapia en la piscina de las instalaciones del centro vida que se encuentra en funcionamiento, talleres con el área de actividad física tales como rumbo terapia, senderismo, bailes navideños y actividades lúdico recreativas, se anexan los informes de dicha área.</p>	
<p>ALCANCE 12: Se evidencia la realización de encuentros intergeneracionales y familias el 19 y 23 de Diciembre de 2024, revisadas las evidencias fotográficas se encuentra acordes, al igual que el informe presentado por los profesionales a cargo. Se encuentra acorde. Este alcance es transversal al alcance 4.</p>	
<p>ALCANCE 13: Se evidencia el cumplimiento del alcance en relativo a la constitución de redes de apoyo para las personas mayores, voluntariado, bazar, alimentación complementaria y canasta de la solidaridad a 4 personas, se evidencia informe del profesional a cargo y evidencias fotográficas.</p>	

 <p>MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL - RISARALDA</p>	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>	Código: DSDC5002F	 
		Versión: 0	
		Fecha: 03/2015	
		Página 4 de 6	




<p>ACTA N° 005 de 20 de Enero de 2025.</p>	
<p>FECHA: 20 de Enero de 2025</p>	<p>HORA INICIO: 2:00 pm HORA FIN: 4:00 pm</p>
<p>LUGAR: Despacho Secretaría de Desarrollo Social</p>	
<p>Se anexa listado de entrega de mercados “canasta de la solidaridad” a 4 personas beneficiarias el día 17 de Enero de 2025.</p>	
<p>ALCANCE 14: Se evidencia el cumplimiento del alcance 14 relativo a las capacitaciones en temas de alfabetización digital relacionados con familiarización con dispositivos memorias, práctica con una usb y uso de colores para resaltar temas importantes, se evidencia informe del profesional a cargo y evidencias fotográficas.</p>	
<p>ALCANCE 15: Sobre el alcance 15 “auxilio exequial” no se requirió para el periodo objeto de pago.</p>	
<p>ALCANCE 16: No se realizaron actividades descentralizadas realizadas por parte de la secretaria de desarrollo social, por lo cual no hay evidencias para el periodo objeto de pago.</p>	
<p>ALCANCE 17: Se da cumplimiento a la obligación con la presentación del informe.</p>	
<p>ALCANCE 18: Se evidencia el cumplimiento del alcance 18 relativo al cumplimiento de las medias de prevención COVID 19, se aportan evidencias fotográficas donde se evidencia el cumplimiento de la labor.</p>	
<p>ALCANCE 19: Se evidencia el cumplimiento del alcance 19 relativo al transporte, se aportan evidencias fotográficas donde se evidencia el cumplimiento de la labor, este alcance se cumple en contraste con los listados de asistencia que se tienen en cuenta para el componente de alimentación, como quiera que acredita la cantidad de personas que asisten diariamente al centro vida y que se transportan.</p>	
<p>ALCANCE 20: Se evidencia el cumplimiento del alcance 20 relativo al acompañamiento a las personas mayores a la IPS cuando se requiera, se evidencia informe del profesional a cargo donde indica que se atendió 1 caso por un dolor de pecho por lo cual se transmitió a el hospital san Vicente de paul, de lo anterior se dejó constancia en el informe que anexan.</p>	
<p>ALCANCE 21: Se revisa que la licencia de funcionamiento se encuentra vigente, dando cumplimiento al alcance 21.</p>	


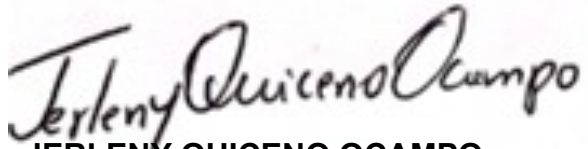
 <p>MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL - RISARALDA</p>	ACTA DE REUNIÓN	Código: DSDC5002F	 
		Versión: 0	
		Fecha: 03/2015	
		Página 5 de 6	

ACTA N° 005 de 20 de Enero de 2025.	
FECHA: 20 de Enero de 2025	HORA INICIO: 2:00 pm HORA FIN: 4:00 pm
LUGAR: Despacho Secretaría de Desarrollo Social	
ALCANCE 22: Sobre el alcance 22 relativo al transporte a eventos, se evidencia el transporte de centro vida móvil que asistieron a la sede los días 20 de Diciembre de 2024, 13 de Enero de 2025 y 17 de Enero de 2025 tal como se indicó en el alcance 3.	
Revisión de seguridad social:	
COORDINADORA: Jaqueline Montes – Correcto.	
PROFESIONAL NUTRICIONISTA: María Camila Ramírez – Correcto.	
GERONTÓLOGA: Valentina Agudelo . Correcto.	
PSICÓLOGO: Jorge William Castaño . Correcto.	
APOYO EN PSICOLOGÍA: Ingrid Viviana Rivera - Correcto.	
MÉDICO: Manuel José Ossa - Correcto.	
PROFESIONAL EN CIENCIAS DEL DEPORTE: Jeimy Yuliana Yarce – Correcto.	
TRABAJADOR SOCIAL: Julieth Castaño Vélez – Correcto.	
ASESOR SGST: Kelly Dahiana Gutiérrez – Correcto.	
AUXILIAR DE ENFERMERÍA: JHOVANA MARCELA AMAYA PRINCE – Correcto.	
MARIN MARTINEZ DANNA KATHERINE: – Correcto.	
LOTERO SALDARRIAGA LINDA SOFIA: – Correcto.	
TÉCNICO EN ACTIVIDAD FÍSICA RECREATIVA: HERMILSON BETANCOURT PARRA – Correcto.	
APOYO ACTIVIDAD FÍSICA: LUIS FELIPE POSADA HERRERA – Correcto.	
SANTIAGO LOPEZ PULGARIN – Correcto.	


EL CAMBIO LO CONSTRUIMOS TODOS

Carrera 14 Calle 12 esquina C.A.M Teléfono PBX 3660600 Ext. 131
Código postal 661020 - Correo electrónico: desarrollo_social@santarosadecabalarisaralda.gov.co

	ACTA DE REUNIÓN	Código: DSDC5002F	 
		Versión: 0	
		Fecha: 03/2015	
		Página 6 de 6	

ACTA N° 005 de 20 de Enero de 2025.	
FECHA: 20 de Enero de 2025	HORA INICIO: 2:00 pm HORA FIN: 4:00 pm
LUGAR: Despacho Secretaría de Desarrollo Social	
<p>MANIPULADORA DE ALIMENTOS: MARIN SANCHEZ FLOR DE MARIA – Correcto LUZ PATRICIA ESPAÑA ROMO – Correcto. CLAUDIA MILENA ARCILA RODRIGUEZ – Correcto. VIVIANA ANDREA GIL PERDOMO – Correcto.</p> <p>TÉCNICO DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS: LEIDY JOHANNA GIRALDO CASTAÑO – Correcto.</p> <p>AUXILIAR ADMINISTRATIVO: ANDREA HINCAPIE OSPINA – Correcto. JUAN DIEGO VEGA QUICENO – Correcto. JERLENY QUICENO OCAMPO – Correcto. JUAN DIEGO VEGA SILVA – Correcto.</p> <p>ASEO Y MANTENIMIENTO: EFRAIN SALAS GOMEZ – Correcto. JOSE ANTONIO GOMEZ - Correcto MILADY PERDOMO - Correcto FAISURY QUICENO OCAMPO – Correcto.</p>	
EVIDENCIAS	
Se anexan PDF de la documentación revisada.	
COMPROMISOS: N/A	
FIRMA  DUBERNEY GUTÉRREZ ZAPATA. Supervisor	 JERLENY QUICENO OCAMPO Representante Legal GI



 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

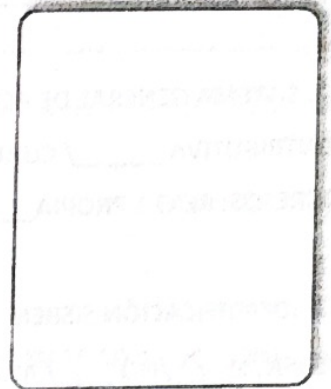
Nombre de la
Institución:

Gestión Integral: Social, Cultural y Ambiental G.I.
Institución Prestadora de Servicios Sociales y Socio- Sanitarios.

HOJA DE VIDA DE LA PERSONA MAYOR.

Fecha de Diligenciamiento: 13 Noviembre 2024

Código archivo _____



1. DATOS PERSONALES.

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Javier Ocampo Rios

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 08 / MES: Julio / AÑO: 1963 / EDAD: 61

SEXO M / CÉDULA DE CIUDADANIA: 18591173 / TIPO SANGRE: O+

DIRECCIÓN: Cra 10 Bis # 9B-51 / BARRIO: Bolívar

COMUNA: _____ / VEREDA: _____

TELEFONO FIJO: _____ / CELULAR: 315 218 9826

1.1. DATOS GENERALES.

PLAN FUNERARIO: SI / NO / Cual? Los Jazmines / Consent. Informado:

ETNIA: MESTIZO: / INDIGENA: / AFROCOLOMBIANO: / RAIZAL: / ROM: / OTRO: _____


NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA 5to / SECUND / UNIV / SABE LEER Y ESCRIBIR / SIN NIVEL

INFORMACIÓN GRUPO POBLACIONAL: _____

(Diligenciar Casillas con SI/NO según sea el caso)



Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
Versión: 0	Vigencia: 05-2017

2. SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL.

2.1. SISTEMA DE SALUD. S.G.S.S.S.

CONTRIBUTIVO / SUBSIDIADO / RÉGIMEN ESPECIAL / VINCULADO / OTRO
 E.P.S: Nueva Eps / IPS Idime

2.2. SISTEMA GENERAL DE PENSIÓN O SOLIDARIDAD PENSIONAL:

CONTRIBUTIVA / CUAL / COLOMBIA MAYOR / BEPS / NO TIENE
 INGRESOS: RENTA PROPIA / POR RED DE APOYO / OTRO / NINGUNO

2.3. IDENTIFICACIÓN SISBEN

SISBEN: SI / NO / MUNICIPIO Santa Rosa de Cabal / FICHA 66682130760500000347 / GRUPO SISBEN B1

3. DATOS DE SALUD SOBRE ENFERMEDADES.

H.T.A NO / DIABETES NO TIPO / ENF RENAL NO / EPOC NO / ARTRITIS NO / OSTEOPOROSIS NO
 HIPOTIROIDISMO NO / HIPERTIROIDISMO NO / OTRAS ENF CORONARIAS NO
 OTRAS: _____

3.1. INFORMACIÓN SOBRE EL CORONAVIRUS COVID-19

PLAN VACUNACIÓN: FECHA ÚLTIMA DOSIS DE LA VACUNA _____ / LABORATORIO _____
 PRESENTO ANTERIORMENTE LA ENFERMEDAD: SI / NO / NO SABE / LE FUE DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO SI / NO / ESTUVO INGRESADO EN EL HOSPITAL O CLÍNICA: SI / NO / ESTUVO INGRESADO EN UCI SI / NO * indica que se aplicó las 4 vacunas pero no tiene el carnet

3.2. MEDICAMENTOS Y OTRA INFORMACIÓN DE SALUD

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: No toma medicamentos
 ALERGIA A MEDICAMENTOS: No presenta alergias



 MUNICIPALIDAD DE SANTA ROSA DE CABAL Sentimiento de todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

OBSERVACIONES: _____

FACTORES DE RIESGO: TABACO NO / ALCOHOL NO / SEDENTARISMO SI / OTRO _____

DISCAPACIDAD: FÍSICA NO / INTELLECTUAL NO / VISUAL NO / AUDITIVA NO / (Resolución 113 de 2020)

TIENE AYUDAS TÉCNICAS: SI _____ / NO X / Cual? _____

SE ENCUENTRA EN EL REGISTRO RLCPD: SI _____ / NO X / (Dirección a la Secretaría de Salud, Protección y Bienestar Social Municipal).

4. DATOS DE LA RED DE APOYO.

4.1. SITUACIÓN CONVIVENCIA:

CON CUANTAS PERSONAS VIVE 3 / VIVE CON PERSONAS DE SU EDAD SI _____ / NO _____

VIVE CON: LA PAREJA _____ / LA FAMILIA X / QUIENES Gloria Mercedes: Hermana German Salazar: Cuñado Angelica Salazar: Sobrina

OTRA PERSONA: _____ / VIVE SOLO _____ / VIVE SOLO, PERO TIENE RED DE APOYO CERCANA SI _____ / NO _____

4.2. CONTACTO DE LA RED DE APOYO: HOGAR (FAMILIAR) O PERSONA DE REFERENCIA:

NOMBRE Y APELLIDOS Gloria Mercedes Ocampo / PARENTESCO _____

TELÉFONO: 311 614 592 DIRECCIÓN _____


Manifiesto que la información suministrada es veraz y que es mi responsabilidad como usuario del centro día/vida seguir las recomendaciones que realice la Institución y/o el Equipo de Interdisciplinario e informar de manera oportuna sobre algún cambio en mi estado de salud, así como mi Responsabilidad en el cumplimiento de las medidas y recomendaciones adoptadas por la Institución G.I. ONG para prevenir el contagio del covid-19 dentro y fuera del centro.

Firma del Usuario: [Signature] / Responsable del Diligenciamiento: Valentina Aydelo V.
 c.c. 18591736 / Función/Cargo: Gerontóloga

ANEXOS: COPIA CÉDULA X / REGISTRO SISBEN X / REGISTRO ADRES X / CARNET DE VACUNACIÓN _____ / CONS. INFORMADO
 SERVICIO FUNERARIO X / VALORACIÓN SOCIOECONÓMICA _____ / OTRO: CUAL Recibo publico - HC.



Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Vigencia: 05-2017

Versión: 0

ANEXO DE INFORMACIÓN.

Los datos que se anexan corresponden a las preguntas del Aplicativo Adulto Mayor de la Secretaria de Salud Departamental que se implementó en el mes de marzo de 2022; El aplicativo recoge información de la situación de las personas mayores usuarias de los centros día o vida y los centros de protección al adulto mayor.

Aplicativo: <http://adultomayor.risaralda.gov.co/system/Affiliates/aad/MjJ8NjY3MjJwNzI8MzE8MnwxOTQ4LTAyLTE2fDA=>

Las preguntas se agrupan por las siguientes sesiones: Datos Personales; Información de contacto; Condiciones de salud; Convivencia; Hábitos y Estilos de Vida; Recursos Económicos; Vivienda. Documentos (anexos).

En el proceso del diligenciamiento, se presenta dificultad en algunas preguntas, dado el momento de identificar la situación de las personas mayores previas al ingreso, con relación al tiempo en el cual se efectúa la pregunta, teniendo en cuenta la continuidad que tienen los usuarios en el centro día/vida de un año o más, o entre dos y seis meses, por lo cual, se plantean las elecciones para el diligenciamiento:

- La pregunta del componente Convivencia, en el subcomponente Relaciones Sociales, ítem Instituciones, la respuesta se registran con el criterio de la participación de las personas mayores en el centro día/vida.
- Las preguntas del componente Hábitos y Estilos de Vida, en el subcomponente, Factores Protectores; Seguridad alimentaria, las respuestas se registran con el criterio de la garantía de los servicios que brinda el centro día/vida.
- Documentos Anexos: Autorización se adjunta el Formato Grupos Adulto Mayor de la Secretaria de Desarrollo Social de la Alcaldía de Santa Rosa de Cabal, diseñado para la recepción de solicitud de ingreso al centro día/vida.
- Datos de la Visita Domiciliaria permiten recolectar información relacionadas con las preguntas del aplicativo.

La referencia de las preguntas que se anexan se incluyen dentro de la numeración establecida en la Hoja de Vida y el Aplicativo adulto mayor de la Gobernación del Risaralda.

1-Datos Personales. (Aplicativo)

Estado Civil Soltero. Ocupación (anterior) Guarda de Seguridad.
 Ocupación (actual) Desempleado.

(Nota: incluye economía del cuidado)

2. Identificación de Población adicional al SISBEN. (Hoja de Vida Gerontológica)


Registro Población Especial Iconografía:   

3. Datos de Salud. (Aplicativo)

Percepción del Estado de Salud: Excelente Muy Bueno Bueno
 Regular Malo Muy Mala



Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARÍA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

4. Convivencia. (Aplicativo)

Pregunta selección: Diario (D) Semanal (S) Mensual (M) Esporádicamente (E) Ninguno (N)
 a- De Instituciones: D (Centro Día/Vida) b- De comunidades o grupos religiosos: D c- De Redes comunitarias o Sociales: D (Centro Día/Vida) d- De Vecinos y Amigos N e- No cuenta con Redes de Apoyo: _____

5. Hábitos y Estilos de Vida. (Aplicativo)

a- Factores Protectores: Grupos de Adultos Mayores: SI (Centro Día/Vida). Voluntariado: NO
 Grupos de Oración: SI Grupos de Participación Ciudadana NO Ninguno _____ Otro: _____

6. Recursos Económicos. (Aplicativo)

Sus Ingresos Económicos le permiten cubrir. Dicotómico: Si o No
 a- Servicios Públicos Si b- Vestuario Si c- Recreación Si d- Vivienda Si
 e- Transporte Si f- Salud Si g- Alimentación Si

Nota Los ingresos provienen: Red de apoyo familiar

7. Salud y Autocuidado. (Hoja de Vida Gerontológica)

a- Para realizar las siguientes actividades tiene: Facilidad (F) Moderado (M) Dificultad (D)
 Bañarse F Vestirse F Acicalarse F Ir al Baño F
 b- Las siguientes actividades con qué frecuencia las realiza: Diario (D); Por Días (*D); Por Semana (*S) Esporádicamente (E)
 Bañarse D Vestirse D Acicalarse D
 c- Dolor y/o Malestar.
 Siente Dolor en ninguna parte Leve _____ Moderado _____ Fuerte _____ Sin Dolor o Malestar _____

8. Uso y Acceso a Tecnologías.

De la siguiente Lista cuales utilizas:
 Teléfono Móvil: Si WhatsApp Si Redes Sociales Cual: Si
 Computador No Aplicaciones Si Otro: _____

Fecha de Diligenciamiento: 13 / Noviembre 2024
 Firma del Usuario: Jose y delia Responsable del Diligenciamiento: Valentina Agudelo V.
 C.C. 10.591.731 Función/Cargo: Gerontóloga.



 Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

Nombre de la Institución:

Gestión Integral: Social, Cultural y Ambiental G.I.
 Institución Prestadora de Servicios Sociales y Socio- Sanitarios.

HOJA DE VIDA DE LA PERSONA MAYOR.

Fecha de Diligenciamiento: 18 Noviembre 2024

Código archivo _____

1. DATOS PERSONALES.

NOMBRES Y APELLIDOS: Victor Manuel Quiceno Diaz

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 31 / MES: Julio / AÑO: 1944 / EDAD: 80

SEXO: M / CÉDULA DE CIUDADANIA: 4573 427 / TIPO SANGRE: O+

DIRECCIÓN: Cra 13 # 21-39 / BARRIO: San Vicente

COMUNA: _____ / VEREDA: _____

TELEFONO FIJO: _____ / CELULAR: 316 712 6337

1.1. DATOS GENERALES.

PLAN FUNERARIO: SI / NO / Cual? La Ofrenda / Consent. Informado:

ETNIA: MESTIZO: / INDIGENA: / AFROCOLOMBIANO: / RAIZAL: / ROM: / OTRO: _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA 5^{to} / SECUND _____ / UNIV _____ / SABE LEER Y ESCRIBIR / SIN NIVEL _____

INFORMACIÓN GRUPO POBLACIONAL: _____

(Diligenciar Casillas con SI/NO según sea el caso)



 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARÍA DE SALUD GESTIÓN EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

2. SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL.

2.1. SISTEMA DE SALUD. S.G.S.S.S.

CONTRIBUTIVO ^{Beneficiario} / SUBSIDIADO / RÉGIMEN ESPECIAL / VINCULADO / OTRO
 E.P.S.: Nueva Eps / IPS

2.2. SISTEMA GENERAL DE PENSIÓN O SOLIDARIDAD PENSIONAL:

CONTRIBUTIVA / CUAL / COLOMBIA MAYOR / BEPS / NO TIENE
 INGRESOS: RENTA PROPIA / POR RED DE APOYO / OTRO / NINGUNO

2.3. IDENTIFICACIÓN SISBEN

SISBEN: SI / NO / MUNICIPIO Santa Rosa de Cabal / FICHA 6668299660200000344 / GRUPO SISBEN A4

3. DATOS DE SALUD SOBRE ENFERMEDADES.

H.T.A NO / DIABETES NO TIPO NO / ENF RENAL NO / EPOC SI / ARTRITIS NO / OSTEOPOROSIS NO /
 HIPOTIROIDISMO SI / HIPERTIROIDISMO NO / OTRAS ENF CORONARIAS NO
 OTRAS: Esofago de Barrett, gastritis

3.1. INFORMACIÓN SOBRE EL CORONAVIRUS COVID-19

PLAN VACUNACIÓN: FECHA ÚLTIMA DOSIS DE LA VACUNA / LABORATORIO
 PRESENTE ANTERIORMENTE LA ENFERMEDAD: SI / NO / NO SABE / LE FUE DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO SI / NO / ESTUVO INGRESADO EN EL HOSPITAL O CLÍNICA: SI / NO / ESTUVO INGRESADO EN UCI SI / NO No se aplicó ninguna vacuna.

3.2. MEDICAMENTOS Y OTRA INFORMACIÓN DE SALUD

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Levotiroxina, bisacodilo, aluminio hidroxido, Magnesio hidroxido
 ALERGIA A MEDICAMENTOS: No presenta alergias.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR	
Versión: 0	Vigencia: 05-2017

Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

OBSERVACIONES: _____

FACTORES DE RIESGO: TABACO No / ALCOHOL No / SEDENTARISMO No / OTRO _____

DISCAPACIDAD: FÍSICA No / INTELLECTUAL No / VISUAL No / AUDITIVA No / (Resolución 113 de 2020)

TIENE AYUDAS TÉCNICAS: SI _____ / NO X / Cual? _____

SE ENCUENTRA EN EL REGISTRO RLCPD: SI _____ / NO X / (Direccionar a la Secretaría de Salud, Protección y Bienestar Social Municipal).

4. DATOS DE LA RED DE APOYO.

4.1. SITUACIÓN CONVIVENCIA:

CON CUANTAS PERSONAS VIVE 1 / VIVE CON PERSONAS DE SU EDAD SI X / NO _____

VIVE CON: LA PAREJA X / LA FAMILIA _____ / QUIENES Mery Gonzales: Esposa.

OTRA PERSONA: _____ / VIVE SOLO _____ / VIVE SOLO, PERO TIENE RED DE APOYO CERCANA SI _____ / NO _____

4.2. CONTACTO DE LA RED DE APOYO: HOGAR (FAMILIAR) O PERSONA DE REFERENCIA:

NOMBRE Y APELLIDOS Mery Gonzalez / PARENTESCO Esposo

TELÉFONO: 313 559 9008 DIRECCIÓN Cra 13 # 21 - 39

Manifiesto que la información suministrada es veraz y que es mi responsabilidad como usuario del centro día/vida seguir las recomendaciones que realice la Institución y/o el Equipo de Interdisciplinario e informar de manera oportuna sobre algún cambio en mi estado de salud, así como mi Responsabilidad en el cumplimiento de las medidas y recomendaciones adoptadas por la Institución G.I. ONG para prevenir el contagio del covid-19 dentro y fuera del centro.

Firma del Usuario: VICTOR - Duiceno D. / Responsable del Diligenciamiento: Valentina Ajudelo


c.c. 4.573.427 / Función/Cargo: Gerontóloga.

ANEXOS: COPIA CÉDULA X / REGISTRO SISBEN X / REGISTRO ADRES X / CARNET DE VACUNACIÓN _____ / CONS. INFORMADO SERVICIO FUNERARIO X / VALORACIÓN SOCIOECONÓMICA _____ / OTRO: CUAL HC, Recibo publico



Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.



 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

ANEXO DE INFORMACIÓN.

Los datos que se anexan corresponden a las preguntas del Aplicativo Adulto Mayor de la Secretaria de Salud Departamental que se implementó en el mes de marzo de 2022; El aplicativo recoge información de la situación de las personas mayores usuarias de los centros día o vida y los centros de protección al adulto mayor.

Aplicativo: <http://adultomayor.risaralda.gov.co/system/Afiliates/acc/MjJ8fjYwAjwNzI8MzF8MnwxOTQ4LTAyLTE2fDA=>

Las preguntas se agrupan por las siguientes sesiones: Datos Personales; Información de contacto; Condiciones de salud; Convivencia; Hábitos y Estilos de Vida; Recursos Económicos; Vivienda. Documentos (anexos).

En el proceso del diligenciamiento, se presenta dificultad en algunas preguntas, dado el momento de identificar la situación de las personas mayores previas al ingreso, con relación al tiempo en el cual se efectúa la pregunta, teniendo en cuenta la continuidad que tienen los usuarios en el centro día/vida de un año o más, o entre dos y seis meses, por lo cual, se plantean las elecciones para el diligenciamiento:

- La pregunta del componente Convivencia, en el subcomponente Relaciones Sociales, ítem Instituciones, la respuesta se registran con el criterio de la participación de las personas mayores en el centro día/vida.
- Las preguntas del componente Hábitos y Estilos de Vida, en el subcomponente, Factores Protectores; Seguridad alimentaria, las respuestas se registran con el criterio de la garantía de los servicios que brinda el centro día/vida.
- Documentos Anexos: Autorización se adjunta el Formato Grupos Adulto Mayor de la Secretaria de Desarrollo Social de la Alcaldía de Santa Rosa de Cabal, diseñado para la recepción de solicitud de ingreso al centro día/vida.
- Datos de la Visita Domiciliaria permiten recolectar información relacionadas con las preguntas del aplicativo.

La referencia de las preguntas que se anexan se incluyen dentro de la numeración establecida en la Hoja de Vida y el Aplicativo adulto mayor de la Gobernación del Risaralda.

1-Datos Personales. (Aplicativo)

Estado Civil Viudo Ocupación (anterior) Conductor
 Ocupación (actual) Desempleado

(Nota: incluye economía del cuidado)

2. Identificación de Población adicional al SISBEN. (Hoja de Vida Gerontológica)


Registro Población Especial Iconografía:   

3. Datos de Salud. (Aplicativo)

Percepción del Estado de Salud: Excelente Muy Bueno Bueno
 Regular Malo Muy Mala



Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
Versión: 0	* Vigencia: 05-2017

4. Convivencia. (Aplicativo)

Pregunta selección: Diario (D) Semanal (S) Mensual (M) Esporádicamente (E) Ninguno (N)

a- De Instituciones: D (Centro Día/Vida) b- De comunidades o grupos religiosos: S c- De Redes comunitarias o Sociales: D (Centro Día/Vida) d- De Vecinos y Amigos E e- No cuenta con Redes de Apoyo: _____

5. Hábitos y Estilos de Vida. (Aplicativo)

a- Factores Protectores: Grupos de Adultos Mayores: SI (Centro Día/Vida). Voluntariado: No
 Grupos de Oración: No Grupos de Participación Ciudadana NO Ninguno _____ Otro: _____

6. Recursos Económicos. (Aplicativo)

Sus Ingresos Económicos le permiten cubrir. Dicotómico: Si o No

a- Servicios Públicos Si b- Vestuario Si c- Recreación Si d- Vivienda Si
 e- Transporte Si f- Salud Si g- Alimentación Si

Nota Los ingresos provienen: Red de apoyo

7. Salud y Autocuidado. (Hoja de Vida Gerontológica)

a- Para realizar las siguientes actividades tiene: Facilidad (F) Moderado (M) Dificultad (D)

Bañarse F Vestirse F Acicalarse F Ir al Baño F

b- Las siguientes actividades con qué frecuencia las realiza: Diario (D); Por Días (*D); Por Semana (*S) Esporádicamente (E)

Bañarse D Vestirse D Acicalarse D

c- Dolor y/o Malestar.

Siente Dolor en No siente dolor Leve _____ Moderado _____ Fuerte _____ Sin Dolor o Malestar _____

8. Uso y Acceso a Tecnologías.

De la siguiente Lista cuales utilizas:

Teléfono Móvil: Si WhatsApp Si Redes Sociales Cual: NO

Computador NO Aplicaciones NO Otro: _____


Fecha de Diligenciamiento: 18 Noviembre 2024

Firma del Usuario: VICTOR OVICENO D. Responsable del Diligenciamiento: Valentino Ayudelo V.

C.C. 4573.427 Función/Cargo: Gerontóloga.



Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

Nombre de la Institución: **Gestión Integral: Social, Cultural y Ambiental G.I.**
 Institución Prestadora de Servicios Sociales y Socio- Sanitarios.

HOJA DE VIDA DE LA PERSONA MAYOR.

Fecha de Diligenciamiento: 17 octubre 2024

Código archivo _____

1. DATOS PERSONALES.

NOMBRES Y APELLIDOS: Loz Mary Rios De Rincon.

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 14 / MES: octubre / AÑO: 1955 / EDAD: 69

SEXO: F / CÉDULA DE CIUDADANIA: 25154511 / TIPO SANGRE: A-

DIRECCIÓN: Calle 16 bis #9-02 / BARRIO: Los Laureles

COMUNA: _____ / VEREDA: _____

TELEFONO FIJO: _____ / CELULAR: 313 829 7408 - Diana Milena

1.1. DATOS GENERALES.

PLAN FUNERARIO: SI / NO / Cual? Los Jazmines / Consent. Informado:

ETNIA: MESTIZO: / INDIGENA: / AFROCOLOMBIANO: / RAIZAL: / ROM: / OTRO:


NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA 1º / SECUND / UNIV / SABE LEER Y ESCRIBIR / SIN NIVEL

INFORMACIÓN GRUPO POBLACIONAL: _____

(Diligenciar Casillas con SI/NO según sea el caso)



Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

OBSERVACIONES: _____

FACTORES DE RIESGO: TABACO NO / ALCOHOL NO / SEDENTARISMO NO / OTRO _____

DISCAPACIDAD: FÍSICA NO / INTELLECTUAL _____ / VISUAL NO / AUDITIVA NO (Resolución 113 de 2020)

TIENE AYUDAS TÉCNICAS: SI _____ / NO X / Cual? _____

SE ENCUENTRA EN EL REGISTRO RLCPD: SI _____ / NO X / (Direccionar a la Secretaría de Salud, Protección y Bienestar Social Municipal).

4. DATOS DE LA RED DE APOYO.

4.1. SITUACIÓN CONVIVENCIA:

CON CUANTAS PERSONAS VIVE 2 / VIVE CON PERSONAS DE SU EDAD SI X / NO _____

VIVE CON: LA PAREJA X / LA FAMILIA _____ / QUIENES Noel Rincon Arboleda - Ex.º José Alberto Rincon: Hijo

OTRA PERSONA: _____ / VIVE SOLO _____ / VIVE SOLO, PERO TIENE RED DE APOYO CERCANA SI _____ / NO _____

4.2. CONTACTO DE LA RED DE APOYO: HOGAR (FAMILIAR) O PERSONA DE REFERENCIA:

NOMBRE Y APELLIDOS Maria Marica Rion Rios / PARENTESCO Hija.

TELÉFONO: 311 361 5460 DIRECCIÓN Calle 16 Bis # 9-02


Manifiesto que la información suministrada es veraz y que es mi responsabilidad como usuario del centro día/vida seguir las recomendaciones que realice la Institución y/o el Equipo de Interdisciplinario e informar de manera oportuna sobre algún cambio en mi estado de salud, así como mi Responsabilidad en el cumplimiento de las medidas y recomendaciones adoptadas por la Institución G.I. ONG para prevenir el contagio del covid-19 dentro y fuera del centro.

Firma del Usuario: Luz maría ROS / Responsable del Diligenciamiento: Valentina Agudelo
 C.C. 25154511 / Función/Cargo: Gerontólogo

ANEXOS: COPIA CÉDULA f / REGISTRO SISBEN Y / REGISTRO ADRES v / CARNET DE VACUNACIÓN _____ / CONS. INFORMADO
 SERVICIO FUNERARIO X / VALORACIÓN SOCIOECONÓMICA _____ / OTRO: CUAL fecibo publico



Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

ANEXO DE INFORMACIÓN.

Los datos que se anexan corresponden a las preguntas del Aplicativo Adulto Mayor de la Secretaría de Salud Departamental que se implementó en el mes de marzo de 2022; El aplicativo recoge información de la situación de las personas mayores usuarias de los centros día o vida y los centros de protección al adulto mayor.

Aplicativo: <http://adultomayor.risaralda.gov.co/system/Affiliates/add/MjJ8NjY3MjJlWnZl8MzF8MnwxOTQ4LTAyLTE2fDA=>

Las preguntas se agrupan por las siguientes sesiones: Datos Personales; Información de contacto; Condiciones de salud; Convivencia; Hábitos y Estilos de Vida; Recursos Económicos; Vivienda. Documentos (anexos).

En el proceso del diligenciamiento, se presenta dificultad en algunas preguntas, dado el momento de identificar la situación de las personas mayores previas al ingreso, con relación al tiempo en el cual se efectúa la pregunta, teniendo en cuenta la continuidad que tienen los usuarios en el centro día/vida de un año o más, o entre dos y seis meses, por lo cual, se plantean las elecciones para el diligenciamiento:

- La pregunta del componente Convivencia, en el subcomponente Relaciones Sociales, ítem Instituciones, la respuesta se registran con el criterio de la participación de las personas mayores en el centro día/vida.
- Las preguntas del componente Hábitos y Estilos de Vida, en el subcomponente, Factores Protectores; Seguridad alimentaria, las respuestas se registran con el criterio de la garantía de los servicios que brinda el centro día/vida.
- Documentos Anexos: Autorización se adjunta el Formato Grupos Adulto Mayor de la Secretaría de Desarrollo Social de la Alcaldía de Santa Rosa de Cabal, diseñado para la recepción de solicitud de ingreso al centro día/vida.
- Datos de la Visita Domiciliaria permiten recolectar información relacionadas con las preguntas del aplicativo.




La referencia de las preguntas que se anexan se incluyen dentro de la numeración establecida en la Hoja de Vida y el Aplicativo adulto mayor de la Gobernación del Risaralda.

1-Datos Personales. (Aplicativo)

Estado Civil Casada Ocupación (anterior) Amo de casa
 Ocupación (actual) Amo de Casa

(Nota: incluye economía del cuidado)

2. Identificación de Población adicional al SISBEN. (Hoja de Vida Gerontológica)


Registro Población Especial Iconografía:   

3. Datos de Salud. (Aplicativo)

Percepción del Estado de Salud: Excelente Muy Bueno Bueno
 Regular Malo Muy Mala



Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

4. Convivencia. (Aplicativo)

Pregunta selección: Diario (D) Semanal (S) Mensual (M) Esporádicamente (E) Ninguno (N)
 a- De Instituciones: D (Centro Día/Vida) b- De comunidades o grupos religiosos: S c- De Redes comunitarias o Sociales: D (Centro Día/Vida) d- De Vecinos y Amigos S e- No cuenta con Redes de Apoyo: _____

5. Hábitos y Estilos de Vida. (Aplicativo)

a- Factores Protectores: Grupos de Adultos Mayores: SI (Centro Día/Vida). Voluntariado: NO
 Grupos de Oración: NO Grupos de Participación Ciudadana NO Ninguno _____ Otro: _____

6. Recursos Económicos. (Aplicativo)

Sus Ingresos Económicos le permiten cubrir. Dicotómico: Si o No
 a- Servicios Públicos Si b- Vestuario Si c- Recreación Si d- Vivienda Si
 e- Transporte Si f- Salud Si g- Alimentación Si

Nota Los ingresos provienen: Red de apoyo familiar

7. Salud y Autocuidado. (Hoja de Vida Gerontológica)

a- Para realizar las siguientes actividades tiene: Facilidad (F) Moderado (M) Dificultad (D)
 Bañarse F Vestirse F Acicalarse F Ir al Baño F
 b- Las siguientes actividades con qué frecuencia las realiza: Diario (D); Por Días (*D); Por Semana (*S) Esporádicamente (E)
 Bañarse D Vestirse D Acicalarse D
 c- Dolor y/o Malestar.
 Siente Dolor en Cabeza Leve X Moderado _____ Fuerte _____ Sin Dolor o Malestar _____


8. Uso y Acceso a Tecnologías.

De la siguiente Lista cuales utilizas:
 Teléfono Móvil: Si WhatsApp NO Redes Sociales Cual: NO
 Computador NO Aplicaciones NO Otro: _____

Fecha de Diligenciamiento: 17 octubre, 2024
 Firma del Usuario: [Signature] Responsable del Diligenciamiento: Verónica Aguado V.
 C.C. 25154511 Función/Cargo: Gerontóloga.



Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

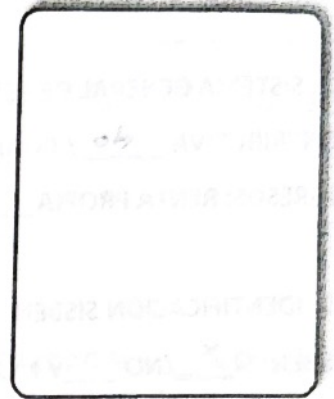
 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

Nombre de la Institución: **Gestión Integral: Social, Cultural y Ambiental G.I.**
 Institución Prestadora de Servicios Sociales y Socio- Sanitarios.

HOJA DE VIDA DE LA PERSONA MAYOR.

Fecha de Diligenciamiento: 17 Octubre 2024

Código archivo _____



1. DATOS PERSONALES.

NOMBRES Y APELLIDOS: Jorge Eliacer Guzman Bejarano

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 17 / MES: Diciembre / AÑO: 1945 / EDAD: 78

SEXO H / CÉDULA DE CIUDADANIA: 7.500.379 / TIPO SANGRE: O+

DIRECCIÓN: Vda Guacas Sector Travesía BARRIO: Fuica al Callejón

COMUNA: _____ / VEREDA: _____

TELEFONO FIJO: _____ / CELULAR: 314 832 5155

1.1. DATOS GENERALES.

PLAN FUNERARIO: SI / NO / Cual? Los Jazmines / Consent. Informado:

ETNIA: MESTIZO: / INDIGENA: / AFROCOLOMBIANO: / RAIZAL: / ROM: / OTRO:


NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA / SECUND / UNIV / SABE LEER Y ESCRIBIR / SIN NIVEL

INFORMACIÓN GRUPO POBLACIONAL: _____

(Diligenciar Casillas con SI/NO según sea el caso)



Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

2. SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL.

2.1. SISTEMA DE SALUD. S.G.S.S.S.

CONTRIBUTIVO / SUBSIDIADO / RÉGIMEN ESPECIAL / VINCULADO / OTRO

E.P.S.: Nueva Eps / IPS: Hospital Sonaciente de Paul

2.2. SISTEMA GENERAL DE PENSIÓN O SOLIDARIDAD PENSIONAL:

CONTRIBUTIVA no / CUAL no / COLOMBIA MAYOR / BEPS / NO TIENE

INGRESOS: RENTA PROPIA / POR RED DE APOYO / OTRO / NINGUNO

2.3. IDENTIFICACIÓN SISBEN

SISBEN: SI / NO / MUNICIPIO Santa Rosa de Cabal / FICHA 66682110563700000166 / GRUPO SISBEN A4

3. DATOS DE SALUD SOBRE ENFERMEDADES.

H.T.A / DIABETES TIPO 2 / ENF RENAL / EPOC / ARTRITIS / OSTEOPOROSIS

HIPOTIROIDISMO / HIPERTIROIDISMO / OTRAS ENF CORONARIAS

OTRAS:

3.1. INFORMACIÓN SOBRE EL CORONAVIRUS COVID-19

PLAN VACUNACIÓN: FECHA ÚLTIMA DOSIS DE LA VACUNA 14/06/2022 / LABORATORIO H30P

PRESENTO ANTERIORMENTE LA ENFERMEDAD: SI / NO / NO SABE / LE FUE DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO SI / NO / ESTUVO INGRESADO EN EL HOSPITAL O CLÍNICA: SI / NO / ESTUVO INGRESADO EN UCI SI / NO


3.2. MEDICAMENTOS Y OTRA INFORMACIÓN DE SALUD

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Losartan - Empaglifozina - Delaglutida
Anglodipino - Carvedilo - Atorvastatina - Tamsulosina.

ALERGIA A MEDICAMENTOS:



Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

OBSERVACIONES: _____

FACTORES DE RIESGO: TABACO No / ALCOHOL No / SEDENTARISMO No / OTRO _____

DISCAPACIDAD: FÍSICA No / INTELLECTUAL No / VISUAL No / AUDITIVA No / (Resolución 113 de 2020)

TIENE AYUDAS TÉCNICAS: SI _____ / NO X / Cual? _____

SE ENCUENTRA EN EL REGISTRO RLCPD: SI _____ / NO X / (Direccionar a la Secretaria de Salud, Protección y Bienestar Social Municipal).

4. DATOS DE LA RED DE APOYO.

4.1. SITUACIÓN CONVIVENCIA:

CON CUANTAS PERSONAS VIVE Siete / VIVE CON PERSONAS DE SU EDAD SI _____ / NO X

VIVE CON: LA PAREJA X / LA FAMILIA X / QUIENES Hijos - Nietos

OTRA PERSONA: _____ / VIVE SOLO _____ / VIVE SOLO, PERO TIENE RED DE APOYO CERCANA SI _____ / NO _____

4.2. CONTACTO DE LA RED DE APOYO: HOGAR (FAMILIAR) O PERSONA DE REFERENCIA:

NOMBRE Y APELLIDOS Jorge Eliacer Florian Guzman / PARENTESCO Hijo


TELÉFONO: 3155885553 DIRECCIÓN Vda Guacas Sector Travesía Finca el Callejon

Manifiesto que la información suministrada es veraz y que es mi responsabilidad como usuario del centro día/vida seguir las recomendaciones que realice la Institución y/o el Equipo de Interdisciplinario e informar de manera oportuna sobre algún cambio en mi estado de salud, así como mi Responsabilidad en el cumplimiento de las medidas y recomendaciones adoptadas por la Institución G.I. ONG para prevenir el contagio del covid-19 dentro y fuera del centro.

Firma del Usuario: Jorge Guzman / Responsable del Diligenciamiento: Jorge Castaño
c.c. 7500379 / Función/Cargo: Psicólogo

ANEXOS: COPIA CÉDULA X / REGISTRO SISBEN X / REGISTRO ADRES X / CARNET DE VACUNACIÓN _____ / CONS. INFORMADO SERVICIO FUNERARIO X / VALORACIÓN SOCIOECONÓMICA X / OTRO: CUAL _____



 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	Versión: 0

Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

ANEXO DE INFORMACIÓN.

Los datos que se anexan corresponden a las preguntas del Aplicativo Adulto Mayor de la Secretaría de Salud Departamental que se implementó en el mes de marzo de 2022; El aplicativo recoge información de la situación de las personas mayores usuarias de los centros día o vida y los centros de protección al adulto mayor.

Aplicativo: <http://adultomayor.risaralda.gov.co/system/Affiliates/add/MjJ8NjY3MjJwNzI8MzF8MnwxOTQ4LTAyLTE2fDA=>

Las preguntas se agrupan por las siguientes sesiones: Datos Personales; Información de contacto; Condiciones de salud; Convivencia; Hábitos y Estilos de Vida; Recursos Económicos; Vivienda. Documentos (anexos).

En el proceso del diligenciamiento, se presenta dificultad en algunas preguntas, dado el momento de identificar la situación de las personas mayores previas al ingreso, con relación al tiempo en el cual se efectúa la pregunta, teniendo en cuenta la continuidad que tienen los usuarios en el centro día/vida de un año o más, o entre dos y seis meses, por lo cual, se plantean las elecciones para el diligenciamiento:




- La pregunta del componente Convivencia, en el subcomponente Relaciones Sociales, ítem Instituciones, la respuesta se registran con el criterio de la participación de las personas mayores en el centro día/vida.
- Las preguntas del componente Hábitos y Estilos de Vida, en el subcomponente, Factores Protectores; Seguridad alimentaria, las respuestas se registran con el criterio de la garantía de los servicios que brinda el centro día/vida.
- Documentos Anexos: Autorización se adjunta el Formato Grupos Adulto Mayor de la Secretaría de Desarrollo Social de la Alcaldía de Santa Rosa de Cabal, diseñado para la recepción de solicitud de ingreso al centro día/vida.
- Datos de la Visita Domiciliaria permiten recolectar información relacionadas con las preguntas del aplicativo.

La referencia de las preguntas que se anexan se incluyen dentro de la numeración establecida en la Hoja de Vida y el Aplicativo adulto mayor de la Gobernación del Risaralda.

1-Datos Personales. (Aplicativo)

Estado Civil Quiéu libre Ocupación (anterior) Comerciante.
 Ocupación (actual) Restaurador de imágenes.
 (Nota: incluye economía del cuidado)

2. Identificación de Población adicional al SISBEN. (Hoja de Vida Gerontológica)

Registro Población Especial Iconografía:   

3. Datos de Salud. (Aplicativo)

Percepción del Estado de Salud: Excelente Muy Bueno Bueno
 Regular Malo Muy Mala



Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Cabal.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION EN SALUD PROGRAMA ADULTO MAYOR FORMATO HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR
	<p>Versión: 0</p> <p>Vigencia: 05-2017</p>

4. Convivencia. (Aplicativo)

Pregunta selección: Diario (D) Semanal (S) Mensual (M) Esporádicamente (E) Ninguno (N)
 a- De Instituciones: D (Centro Día/Vida) b- De comunidades o grupos religiosos: E c- De Redes comunitarias o Sociales: D (Centro Día/Vida) d- De Vecinos y Amigos S e- No cuenta con Redes de Apoyo: _____

5. Hábitos y Estilos de Vida. (Aplicativo)

a- Factores Protectores: Grupos de Adultos Mayores: SI (Centro Día/Vida). Voluntariado: N
 Grupos de Oración: N Grupos de Participación Ciudadana N Ninguno X Otro: _____

6. Recursos Económicos. (Aplicativo)

Sus Ingresos Económicos le permiten cubrir. Dicotómico: Si o No
 a- Servicios Públicos SI b- Vestuario SI c- Recreación SI d- Vivienda SI
 e- Transporte SI f- Salud SI g- Alimentación SI

Nota Los ingresos provienen: _____

7. Salud y Autocuidado. (Hoja de Vida Gerontológica)

a- Para realizar las siguientes actividades tiene: Facilidad (F) Moderado (M) Dificultad (D)
 Bañarse F Vestirse F Acicalarse F Ir al Baño F
 b- Las siguientes actividades con qué frecuencia las realiza: Diario (D); Por Días (*D); Por Semana (*S) Esporádicamente (E)
 Bañarse D Vestirse D Acicalarse D
 c- Dolor y/o Malestar.
 Siente Dolor en _____ Leve ___ Moderado ___ Fuerte ___ Sin Dolor o Malestar NO

8. Uso y Acceso a Tecnologías.

De la siguiente Lista cuales utilizas:
 Teléfono Móvil: SI WhatsApp NO Redes Sociales Cual: Ninguna
 Computador NO Aplicaciones NO Otro: _____

Fecha de Diligenciamiento: 17, octubre 2024
 Firma del Usuario: [Firma] Responsable del Diligenciamiento: Jorge Castaño
 C.C. 7500379 Función/Cargo: Psicólogo