Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024

NOMBRE ADULTO MAYOR: Rosalba Marin

GRUPO: Rojo JORNADA: AM
TELEFONOS: _____

#	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	SOLICITUD DE CUPO	✓		
2	EVALUACION SOCIOECONOMICA	✓		
3	APROBACION DE CUPOS - POR COMITÉ ADMISIONES	✓		
4	FICHA DE INSCRIPCION	✓		
5	HOJA DE VIDA	✓		
6	AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS	✓		
7	COPIA CEDULA CIUDADANIA	✓		
8	SISBEN	✓		
9	ADRES	✓		
10	CERTIFICADO AFILIACION – PLAN FUNERARIO FLIAR			
11	HISTORIA CLINICA (Opcional)	✓		
	VALORACION - AREA NUTRICION			
12	Mini-Nutrition Assesment - MNA			
	VALORACION - AREA PSICOSOCIAL			
	Por Profesional en Psicología			
13	Minimental Test o Cuestionario Pfeiffer	✓		
14	Escala de Depresión Geriátrica – Yesavage	✓		
	Por Profesional en Trabajo Social			
15	Familia Apgar	✓		
	Por profesional en Gerontología			
16	Cuestionario 36 preguntas – Whodas – 2.0	✓		
	VALORACION – AREA ATENCION PRIMARIA EN SALUD – A.P.S			
17	Consentimiento informado	✓		

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
	LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

18	Cuestionario - Práctica de Actividad Física PAR-Q	+		
19	Prueba. Detección temprana del riesgo cardiovascular	N/A		
	VALORACION – AREA FISIOTERAPIA			
20	Cuestionario - Mini-BESTest	+		
21	Escala Medical Research Council (MRC)	+		
22	Cuestionario – Sobrecarga del cuidador - Zarit			
	VALORACION – AREA DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN			
23	Evaluación – AIVD – Escala de Lawton	+		
24	Escala de Tinetti Modificada	+		
	VALORACION – AREAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS/TRABAJO ASOCIATIVO Y EDUCACION			
25	Prueba de entrada - Área Ocupacional	+		
26	Prueba de entrada - Área Educación	+		
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	+		

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 18 MES: 11 AÑO: 2024.

Luz Nelly

Responsable de la Verificación

(Nombres – Apellidos – Profesión – Tarjeta o Registro Profesional)

DOCUMENTO ESTRUCTURADO POR
LUIS ANTONIO CHALA JARAMILLO
Profesional en Gerontología
Esp. En Gerencia de Servicios de Salud

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 69

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 28 **MES** 05 **AÑO** 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Rosalba Marin Botero

LUGAR DE NACIMIENTO: Marsella **FECHA: DIA** 23 **MES** 03 **AÑO** 1954

DIRECCIÓN: Cra 2 # 30-17 José Martin

TELEFONO: 3117300420

EDAD: 70 **CATEGORIA SISBEN:** B4 **DESPLAZADO** No **EPS** S.O.S

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Misael Botero
DIRECCIÓN Cra 2 # 30-17 Jose Martin TELEFONO 3107652734

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula ( ) -Sisben (X) -Otro ( )
Cuál_____

Nombre del funcionario: Angie Melissa Rentería

C.T.A. MULTISER

Alcaldía de PEREIRA

APROBACION DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

EL COMITÉ DE ADMISIONES

El Comité de Admisiones del CENTRO VIDA ORIENTE haciendo uso de sus facultades profesionales que le confiere la Ley 1276 de 2009, aprueba o niega el cupo según el documento estudio de vulnerabilidad para el ingreso como beneficiario intramural del programa Centro Vida Pereira.

RESUELVE:

Que la persona descrita a continuación,

Nombres: Rosalba	Apellidos: Marin Botero
Documento de identidad: 24955808	Expedida: 19/Sep/1955

Adulto mayor residente en la ciudad de Pereira, cumple con los siguientes requisitos fundamentales y los factores de riesgo:

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
SISBEN:	A	B X	C	Enfermedad mental	—	Alcohol	—
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas	—	Soledad	X
Edad superior o igual a 55 años	—	—	X	Abandono familiar	—	Sedentarismo	—
Ingresos económicos 1smlv	X	—	—	Violencia intrafamiliar	—	Tabaco	—
Disponibilidad de tiempo	Si X	—	No	Signos de desnutrición	—	Ninguno	—

Por lo tanto el aspirante si X no ___ se encuentra en situación de vulnerabilidad para ser acogido por el programa CENTRO VIDA PEREIRA.

Se le aprueba X O se le niega ___ el cupo, a partir de la fecha: Día 28 Mes 05 Año 2024

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucía Alzate González
Nombre Gerontólogo(a)

Yomara Quintero
Nombre Psicólogo(a)

Firma

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

ENCUESTA No. _____ /

DATOS GENERALES

FECHA DE VISITA: DÍA 28 / MES 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Rosalba María PARENTESCO ——— /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Rosalba María Botero C.C 24955808 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 23 / M 05 / A 1954 / Marsella / EDAD 70 / SEXO F /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cra 2 N° 3017 / BARRIO José María /

EPS SOS Contributivo / PUNTAJE SISBEN 64 / TIPO SANGRE O+ /

ETNIA: MESTIZO: X / AFROCOLOMBIANO: — / INDÍGENA: — / RAIZAL: — / ROM: — / OTRO: — /

ESTADO CIVIL CASAD@ — / UNION LIBRE — / SEPARAD@ — / VIUD@ — / SOLTER@ — /

COMUNA — / TELÉFONO FIJO — / CELULAR 3117300420 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ama de casa / ANTERIOR Ama de casa /

NIVEL ACADÉMICO: PRIMARIA: X / SECUNDARIA: — / UNIVERSITARIA: — / OTRO: — /

CUÁL: — / NINGUNO: — /

PERSONA DE CONTACTO Miguel botero /

DIRECCIÓN Cra 2 N 3017 JOSÉ M. TELÉFONO 3107682734 PARENTESCO Hijo /

1. CONDICIÓN DE LA SALUD: FÍSICA - SENSORIAL - MENTAL - AUTOPERCEPCIÓN = 25%

FÍSICA: HTA X DIABETES — / OSTEOPOROSIS — / ARTICULARES — / EPOC — /

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: — /

DISCAPACIDAD SENSORIAL: VISUALES X / AUDITIVAS — / DEL HABLA — / EPILEPSIA — /

AFECTACIÓN MENTAL: ESTRÉS X ANSIEDAD — / DEPRESIÓN — / DEMENCIA — /
OTRAS — / CUALES: — /

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD: MUY BUENA — / BUENA X / REGULAR — / MALA — / MUY MALA — /

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICIÓN FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
1	Sandra Botero	52	Hijo	trabaja
2	Miguel Botero	50	Hijo	trabaja
3	—	—	—	—
4	—	—	—	—

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

5	—	—	—	—
6	—	—	—	—

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	—	X	—	—
PARIENTES	—	—	X	—
VECINOS	—	—	—	X
AMIGOS	—	—	—	X

3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI — /

CUÁL? — /

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X / SI — /

CUAL? — /

TIENE ALGÚN PLAN DE EJERCICIO FÍSICO DIRIGIDO? NO X / SI — /

CUAL? — /

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACIÓN — / CULTURA — / ARTES — / MANUALIDADES — /

OTRAS: — / CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Manualidades /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

FUMA: SI — / NO X / BEBE: SI — / NO X / SEDENTARIO: SI X / NO — /

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

PENSIONADO — / RENTAS PROPIAS — / CÓNYUGE — / HIJOS X /

FAMILIARES — / SUBSIDIO DEL ESTADO — / AMIGOS — / VECINOS — /

OTROS CUÁLES? — /

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. X

- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS..... —
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y AHORRA..... —

4.3 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN CUBRIR LAS SIGUIENTES NECESIDADES BÁSICAS:

ALIMENTACIÓN: SI — / NO X / SALUD: SI X / NO — / VIVIENDA: SI X / NO — /

VESTUARIO: SI — / NO X / TRANSPORTE: SI — / NO X / RECREACIÓN: SI — / NO X /

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA X / FAMILIAR — / ARRENDADA — / INVASIÓN — / CEDIDA — /

PRESTADA — / NO CUENTA CON UN LUGAR FIJO DONDE VIVIR — / OTRO — /

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:

CALLE DE DIFICIL ACCESO A LA VIVIENDA — / ESCALAS — / PISOS CON DESNIVEL — /

PUERTAS X / VENTANAS X / BAÑO INCOMPLETO X / DIVISIONES X /

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES — / DORMITORIO COMPARTIDO — /

DORMITORIO AISLADO X / HUMEDADES — / ILUMINACIÓN-VENTILACIÓN INTERNA DEFICIENTE — /

VIVIENDA EN RUINA — / OTRA — /

TODAS LAS ANTERIORES — /NINGUNA DE LAS ANTERIORES — /

LA PERSONA ADULTA MAYOR CUMPLE CON EL PERFIL EXIGIDO PARA EL PROGRAMA:

CENTRO VIDA: SI X / NO — /

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA: Gloria Inés Arias /

PROFESIÓN: Trabajadora Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1225092595

C.T.A. MULTISER	FICHA DE INSCRIPCION PROGRAMA PARA EL ADULTO MAYOR CENTRO VIDA ORIENTE	Alcaldía de PEREIRA	Código: FO-DS-04-009 Versión: 01 Fecha de Creación: 17/08/2017

IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Rosalba

SEGUNDO NOMBRE:

PRIMER APELLIDO: Nann

SEGUNDO APELLIDO: Botero

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

1 [X] CEDULA DE CIUDADANÍA
2 [ ] CEDULA DE EXTRANJERÍA
3 [ ] TARJETA DE IDENTIDAD
4 [ ] REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP
5 [ ] PASAPORTE
6 [ ] TARJETA DE EXTRANJERÍA

Fecha de Nacimiento: 23 / marzo / 1954

No. Documento 24955808

RANGO DE EDAD:

1 [X] MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)
2 [ ] MAYOR DE 55 AÑOS

AÑOS CUMPLIDOS: 70

SEXO:

1 [ ] HOMBRE
2 [X] MUJER
3 [ ] LGBTI

DATOS SISBEN:

Esta
1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: B4

ESTADO CIVIL:

CASADO(A) [X]
SOLTERO(A) [ ]
DIVORCIADO(A) [ ]
VIUDO(A) [ ]

ESTA AFILIADO A UNA EPS (ANEXAR FOTOCOPIA DE LA EPS)

1 [X] SI
2 [ ] NO

1 [X] CONTRIBUTIVA
2 [ ] SUBSIDIADA

CUAL: SOS Comfa.

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

1 [ ] VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
2 [ ] REINCORPORADO(A)
3 [ ] PUEBLOS INDIGENAS
4 [ ] MADRE CABEZA DE FAMILIA
5 [ ] PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD
6 [ ] COMUNIDADES (Negras, Afro, Palenqueras y Raizales).
7 [ ] PUEBLO Rrom (Gitanos)
8 [ ] OTRO. ¿CUAL?

¿CÚAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED? (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

1 [ ] NINGUNO
2 [X] PRIMARIA COMPLETA
3 [ ] PRIMARIA INCOMPLETA
4 [ ] SECUNDARIA COMPLETA
5 [ ] SECUNDARIA INCOMPLETA
6 [ ] TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA
7 [ ] TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA
8 [ ] UNIVERSITARIA COMPLETA
9 [ ] UNIVERSITARIA INCOMPLETA
10 [ ] POSTGRADO COMPLETO
11 [ ] POSTGRADO INCOMPLETO
12 [ ] OTRO (EDUCACIÓN NO FORMAL)

¿PERTENECE USTED A ALGUNA(S) ORGANIZACIÓN(ES) Y/O ASOCIACION(ES)?

1 [ ] SI ¿CUÁL(ES)? → 1 —
2 —

2 [X] NO

¿ACTUALMENTE RECIBE ALGÚN(OS) SUBSIDIO(S) POR PARTE DEL GOBIERNO (NACIONAL, DEPARTAMENTAL O DISTRITAL) O DEL SECTOR PRIVADO?

1 [ ] SI
- [ ] GOBIERNO
- [ ] SECTOR PRIVADO

2 [X] NO

¿CUAL(ES)?: 1 —
2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Aseo de casa.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: —

MUNICIPIO: Cra 2 N 30 12

1 [ ] RURAL: VEREDA: —

NOMBRE DE LA FINCA: —

2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO:

BARRIO: Jose martí

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: —

TELÉFONO MÓVIL: 3118300420

EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Misael Botero

TELÉFONO DE CONTACTO: 3107652734

PARENTESCO: Hijo

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)

E1. ACTUALMENTE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL ES: (Asigne una sola alternativa, la que mejor describa la actividad principal

1 [ ] BUSCANDO TRABAJO
2 [ ] TRABAJAR
3 [ ] ESTUDIAR
4 [ ] OBRERO O EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR
5 [ ] OBRERO O EMPLEADO DEL GOBIERNO
6 [ ] EMPLEADO(A) DOMÉSTICO
7 [ ] TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN
8 [ ] TRABAJADOR SIN REMUNERACIÓN EN EMPRESAS O DE NEGOCIOS DE
9 [ ] OFICIOS DEL HOGAR
10 [ ] INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
11 [ ] JORNALERO O PEÓN
12 [ ] TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR
13 [ ] PATRÓN O EMPLEADOR
14 [ ] OTRO. ¿CUÁL? —

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

¿CUÁLES SON LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TIENE CON SER BENEFICIARIO DEL CENTRO VIDA O DIA

Aprender de los profesores

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Sueño bien.

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Angie Rentero.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
28	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA X Rosalba Marín Huella

OBSERVACIONES:

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR	Alcaldía PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Centro vida oriente



NOMBRES: Rosalba.

APELLIDOS: Marin Botero

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 23 MES: Marzo AÑO: 1954.

EDAD: 70 SEXO F CÉDULA DE CIUDADANIA: 24955808 TIPO SANGRE: O+

HOJA VIDA No: __

ETNIA: MESTIZO: + INDIGENA: — AFROCOLOMBIANO: — RAIZAL: — ROM: — OTRO: —

DIRECCIÓN: Cra 2 N 3017 BARRIO: Jose Maria

COMUNA: ciudad el rio VEREDA: —

TELEFONO FIJO: — CELULAR: 3117300420 PLAN FUNERARIO: Mar fract

S.G.S.S.S: C: X S: — V: + O: — E.P.S: SOS contamiker PUNTAJE SISBEN B4

ENFERMEDADES: H.T.A: X DIABETES: — OSTEOPOROSIS: — ARTRITIS: — EPOC: — OTRA: —

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Losartan, otravastatina.

ALERGIA A MEDICAMENTOS: Inctanol.

DISCAPACIDADES: FÍSICA: — MENTAL: — SENSORIAL: — MULTIPLE: Cual —

FACTORES DE RIESGO: TABACO: — ALCOHOL: — SEDENTARISMO: — OTRO: —

FACTORES PROTECTORES: EJERCICIO: X DIETA PRESCRITA: — PERTENENCIA GRUPOS: —

NIVEL ESCOLARIDAD: PRIMARIA: X SECUNDARIA: — NINGUNO: — OTRO: —

INGRESOS ECONOMICOS: RENTA PROPIA: X APOYO FLIA: — PENSION: — PROGRAMA ESTADO: — NINGUNO: —

CONVIVENCIA: PAREJA: — FAMILIA: X SOLO: — OTRO: —

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Misael botero

PARENTESCO: Hijo TEL FIJO: — TEL CELULAR: 3017652734

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: Gloria Clemencia Gonzalez

DIRECCION: CRA 13 #72E-04 TELEFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRONICO: gloriac612008@hotmail.com

ANEXOS: CEDULA: ( ) SISBEN: ( ) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: ( ) CONSENTIMIENTO INFORMADO: ( ) OTRO: CUAL

C.T.A.MLTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por La Cooperativa de Trabajo Asociado Multiser en calidad de operadora del programa para el adulto Mayor Centro Vida Oriente, de lo siguiente:

1. Multiser actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.
2. Que la información ´suministrada podrá ser verificada por los colaboradores de lMultiser en cualquier momento.
3. Multiser tendrá la facultad de compartir toda la información con la Alcaldía Municipal de Pereira, entiendo que esta entidad es la encargada de la supervisión, vigilancia y control del funcionamiento del Centro Vida.
4. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales.
5. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
6. Multiser garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado oportunamente.
7. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a Multiser para tratar mis datos personales, tomar mi huella dactilar y registro fotográfico cuando sea necesario de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, y misionales de Multiser.
8. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Pereira, a los 28 días del mes de 05 de año 2024.

Firma: RMB

Nombre: Rosalba Marin d. Botero

Identificación: 24955808 P



7

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.955.808
MARIN De BOTERO
APELLIDOS
ROSALBA
NOMBRES

Rosalba Marin d. B.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1954
MARSELLA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

19-SEP-1975 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00135884-F-0024955808-20081211 0007893071A 1 4540014251

3117300420

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/05/2024

Ficha: 66001027571100000553

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSALBA

Apellidos: MARIN BOTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24955808

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/12/2019

Última actualización ciudadano: 09/12/2019

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	24955808
NOMBRES	ROSALBA
APELLIDOS	MARIN DE BOTERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	CONTRIBUTIVO	01/06/1998	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/24/2024 11:42:05	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de**

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Marin Nombre: Rosalba

Sexo: F Edad: 70 Peso, kg: 60.7 Altura, cm: 155 Fecha: 28/06/24

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutritional.

Cribaje

A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticacióno deglución en los últimos 3 meses?
0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual — 2

B Pérdida reciente de peso (<3 meses)
0 = pérdida de peso > 3 kg
1 = no lo sabe
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 = no ha habido pérdida de peso — 3

C Movilidad
0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio — 2

D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
0 = sí 2 = no — 2

E Problemas neuropsicológicos
0 = demencia o depresión grave
1 = demencia leve
2 = sin problemas psicológicos — 2

F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²
0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 — 3

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos) — 14

12-14 puntos: estado nutricional normal
8-11 puntos: riesgo de malnutrición
0-7 puntos: malnutrición

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

Evaluación

G El paciente vive independiente en su domicilio?
1 = sí 0 = no ☐

H Toma más de 3 medicamentos al día?
0 = sí 1 = no ☐

I Úlceras o lesiones cutáneas?
0 = sí 1 = no ☐

J. Cuántas comidas completas toma al día?
0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas ☐

K Consume el patiente
- productos lácteos al menos una vez al día? sí ☐ no ☐
- huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí ☐ no ☐
- carne, pescado o aves, diariamente? sí ☐ no ☐

0.0 = 0 o 1 síes
0.5 = 2 síes
1.0 = 3 síes ☐.☐

L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
0 = no 1 = sí ☐

M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)
0.0 = menos de 3 vasos
0.5 = de 3 a 5 vasos
1.0 = más de 5 vasos ☐.☐

N Forma de alimentarse
0 = necesita ayuda
1 = se alimenta solo con dificultad
2 = se alimenta solo sin dificultad ☐

O Se considera el paciente que está bien nutrido?
0 = malnutrición grave
1 = no lo sabe o malnutrición moderada
2 = sin problemas de nutrición ☐

P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?
0.0 = peor
0.5 = no lo sabe
1.0 = igual
2.0 = mejor ☐.☐

Q Circunferencia braquial (CB en cm)
0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22 — 28.5 ☐.☐

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31 — 34 ☐

Evaluación (máx. 16 puntos) ☐☐.☐
Cribaje ☐☐.☐
Evaluación global (máx. 30 puntos) ☐☐.☐

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos ☐ estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos ☐ riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos ☐ malnutrición

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Geront 2001 ; 56A : M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.

® Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.

Para más información: www.mna-elderly.com

	PROGRAMA ADULTO MAYOR CENTRO VIDA ORIENTE CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 12-2024

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA PERSONA ADULTA MAYOR.

NOMBRE _____. **FECHA** _____

PESO 60.7 **TALLA:** 155 **IMC:** 25.3

Peso Adecuado

PP: 34

PB: 28.5

FIRMA USUARIO: Rosalba Marin d. Botero

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

Alcaldía de PEREIRA

TEST MINIMENTAL - CENTRO VIDA

Version: 01

Fecha de Vigencia: Julio 05 de 2019

FECHA:

Nombre completo Rosalba Marin.	Documento de identidad 24.955.808.
Grupo Mañana	Examinado por Carolina R.

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año 5 **5**
- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación 5 **5**

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) 3 **3**

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

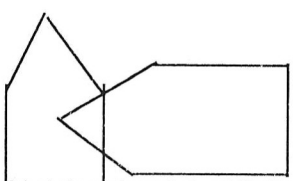
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? 5 **5**
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás 3 **3**

MEMORIA

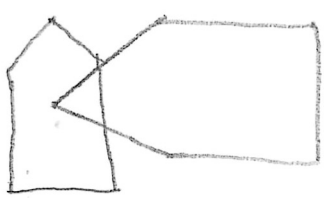
- ¿Recuerda las tres palabras de antes? 3 **3**

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj 2 **2**
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros 1 **1**
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? 2 **2**
- ¿Que son un perro y un gato? 3 **3**
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa 1 **1**
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS 1 **1**
- Escriba una frase 1 **1** amo mi familia
- Copie este dibujo 1 **1**



30-27 sin deterioro
26-25 deterioro cognitivo leve
24-10 demencia leve
9-0 demencia



Adaptado por la profesional Yenifer Peña Pérez, para el programa Centro Vida 2019

Sin Deterioro.

FECHA:

Nombre completo: Rosalba Marin	Documento de identidad:
Grupo:	Examinado por: Catalina Bueno

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

Escoja la respuesta adecuada según como se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? SI/**NO** SI
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI**/NO NO
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI**/NO NO
4. ¿Se aburre a menudo? **SI**/NO NO
5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo? SI/**NO** NO
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI**/NO NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SI/**NO** SI
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI**/NO NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI**/NO NO
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI**/NO NO
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? SI/**NO** SI
12. ¿De la forma como se siente usted en este momento, se siente usted inútil? **SI**/NO NO
13. ¿Se siente usted con mucha energía? SI/**NO** NO
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI**/NO NO
15. ¿Piensa usted que la mayoría de personas está en mejores condiciones que usted? **SI**/NO NO

Las respuestas en ***negrita*** indican depresión. Asigne un punto por cada respuesta en negrita.

CALIFICACIÓN	PUNTUACIÓN TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango **saludable**.	2.
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**.	

Fuente: http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
	FAMILY APGAR	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA DE EVALUACION: DIA: 17 / MES: 12 / AÑO: 2024

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosalba Marin Botero C.C: 24955898

Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. **Familia:** se define como el o los individuos con quien usted usualmente vive. Si usted vive solo, ahora su "familia" consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene lazo emocional más fuerte. Para cada pregunta MARCA SOLO UNA "X" a la que parezca aplicar para usted.

Aspecto Evaluado	Nunca (0 PTOS)	Casi Nunca (1 PTO)	Algunas Veces (2 PTOS)	Casi Siempre (3 PTOS)	Siempre (4 PTOS)
1- Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad – ***(ADAPTACION)***	☐	☐	☐	☐	☒
2- Me satisface la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo – ***(PARTICIPACION)***	☐	☐	☐	☐	☒
3- Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades – ***(AFECTO)***	☐	☐	☐	☐	☒
4- Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza – ***(CRECIMIENTO)***	☐	☐	☐	☐	☒
5- Me satisface como compartimos en mi familia. a) El tiempo para estar juntos; b) Los espacios en la casa; c) El dinero – ***(RESOLUCION)***	☐	☐	☐	☐	☒

ANALISIS RESULTADO:

Puntuación de 20 indica una buena función familiar, esta implica satisfacción en aspectos como: Adaptación - Participación Afecto - Crecimiento y Resolución, contribuye a un entorno saludable y una sana convivencia.

Luz Neira

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 35 545 788

Buena Función Familiar	18 - 20 Puntos	Disfunción Familiar Leve	14 - 17 Puntos
Disfunción Familiar Moderada	10 - 13 Puntos	Disfunción Familiar Severa	09 o menos Puntos

MUNDO - Rp

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR COOPERATIVA MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE FICHA DE VALORACIÓN CAPACIDAD FÍSICA	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 12-preguntas, Administrada-proxy

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud que tiene la persona sobre la que usted está respondiendo en su papel de amigo, pariente o cuidador. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido o tiene su amigo, o la "persona" sobre la que usted está respondiendo, para realizar las siguientes actividades Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

H4*	Yo soy _____(seleccione) de esa persona Rosalba María de Botero 70 años	1 =	Esposo o esposa	5 =	Otro relacionado
		2 =	Padres	6 =	Amigo
		3 =	Hijo o Hija	7 =	Cuidador profesional
		4 =	Hermano o hermana	8 =	Otro (especifique)

* Preguntas H1-H3 aparecen al final del cuestionario.

	En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido la "persona" para:					
S1	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	Ninguna	Leve	Moderada 3	Severa	Extrema /no puede hacerlo
S2	Cumplir con sus quehaceres de la casa?	Ninguna	Leve 2	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
S3	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
S4	Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
S5	Cuánto le ha afectado a la "persona" emocionalmente su "condición de salud"?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo

2 5 1 6 6

Por favor continúe con la página siguiente

https://higadmin.cibersam.es/intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=449_fa797c01-21d5-4751-a29f-7996a9183187.pdf
https://documenta.unizar.es/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/EJUQXKFVQrKcyYZDiPVvag/content/?c=force&a=false
12-06-2024

Powered by CamScanner

WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

12
Proxy

	En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido la "persona" para:						
1	S6	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
2	S7	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
3	S8	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
3	S9	Vestirse?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
4	S10	Relacionarse con personas que no conoce?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
4	S11	Mantener una amistad?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
4	S12	Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?	Ninguna	Leve 2	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo

H1	En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	*Anote el número de días* 30
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	*Anote el número de días* 0
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	*Anote el número de días* 0

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

Alba Lucía Alzate G
Gerontóloga
ID: 1679/14

https://biodmin.cibersam.es/intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=449_fa797e01-21d5-4751-a29f-7996a9183187.pdf
https://documenta.unizar.es/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/EJUQXKFVQrKcyY2DIPVvag/content/?c=force&a=false

Powered by CamScanner

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

ACTIVIDAD: La Ley 1276 de 2009, establece nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los Centros Vida. Esta ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de las categorías A1 a C18 del SISBÉN IV, contribuyendo así, a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida. Los servicios mínimos que ofrecerán los Centros Vida serán los siguientes:

SERVICIO	SI	NO
1. Alimentación.	SI X	
2. Orientación Psicosocial.	SI	
3. Atención Primaria en Salud.	SI	
4. Aseguramiento en Salud.	SI	
5. Deporte, Cultura y Recreación.	SI	
6. Auxilio Exequial.	SI	
7. Manutención de alimentos	SI	
8. Otras.	SI	

DESCRIPCIÓN

De los posibles riesgos en las actividades y las que pudieran derivarse:

- Caída, especialmente en la zona húmeda, por lo que se recomienda hacer uso de sandalias.
- Lesión durante la realización de las actividades deportivas, recreativas, culturales y de manualidades, se recomienda seguir todas las indicaciones de los profesionales encargados de las actividades.
- Si presenta una patología de base pueden existir diferentes posibilidades de riesgo en la ejecución de las actividades anteriormente mencionadas, sin embargo, los profesionales tendrán presente estas en el momento de elaborar los planes de intervención y comunicarán las indicaciones pertinentes y/o restricciones de considerarlo necesario, con la intención de prevenir contratiempos.

Yo, Rosalba Marin d Botero, con cedula N° 24955808, entiendo que las actividades a realizar arriba descritas implican tener beneficios para mi salud además de la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas, según fui informado en detalle por parte de los orientadores de las actividades. Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias arriba descritas en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante las actividades y entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al mínimo posible.

Firmado en la ciudad de: Pereira a los 28 del mes de Mayo del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: X Rosalba Marin d. Botero

Firma – cedula - huella del acudiente: 24

Firma - cedula del orientador: Angie Melissa Pantera

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
CUESTIONARIO PARA LA PRACTICA DE LA ACTIVIDAD FISICA PAR-Q		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 26 MES: 12 / AÑO: 2024 /

NOMBRES – APELLIDOS: ROSALBA MARIN BOTERO

Responder cada pregunta: marque una X en solo una de las opciones de: SI o NO

SI	NO	PREGUNTAS
	X	1. ¿Alguna vez el médico le ha dicho si usted tiene un problema en el corazón, y solo debería hacer actividad física recomendado por un médico?
	X	2. ¿Usted siente dolor en el pecho cuando hace actividad física?
	X	3. ¿Le ha dolido en el último mes, cuando no está haciendo ejercicio?
	X	4. Usted pierde el equilibrio debido a que se marea, y ¿alguna vez ha perdido el conocimiento?
X		5. ¿Tiene algún problema en las articulaciones (por ejemplo, espalda, rodillas o cadera) que pueda empeorar por las actividades físicas propuestas?
	X	6. ¿El médico actualmente le ha indicado tomar medicinas para la presión arterial o el corazón?
	X	7. ¿Sabe usted, de cualquier otra razón por la cual usted no debería hacer actividad física?
	X	8. ¿Tiene algún familiar muy cercano (padre-hermanos) que hayan tenido un ataque cardiaco a temprana edad, menos de 55 años?
	X	9. ¿Se considera usted una persona sedentaria, o sea, no realiza por lo menos 30 minutos de actividad física al menos tres veces a la semana?
	X	10. ¿Cree usted que tiene sobre peso?
	X	11. ¿En el último año ha sufrido algún trauma o accidente que lo haya limitado para realizar ejercicio?
	X	12. ¿Cuál es su EAPB?

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
CUESTIONARIO PARA LA PRACTICA DE LA ACTIVIDAD FISICA PAR-Q		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

INTERPRETACION

Si respondió **SI** a al menos una de las preguntas, debe consultar al médico (de su EAPB, IPS, ARL o Medicina Prepagada), para que él decida si la actividad física que piensa realizar es segura para su salud.

Si respondió **NO** a todas las preguntas, puede empezar a realizar más actividad física de la que habitualmente hace, lo cual será seguro para su salud siempre y cuando lo realice de manera progresiva. Si su estado de salud cambia durante el programa deberá reportarlo a los instructores de actividad física.

NOTA: Si su salud cambia, y alguna de las preguntas se convierte en SI, debe informarle a su instructor o a su médico: pregunte si debe cambiar su plan de ejercicio físico.

Yo he leído, comprendido y completado este cuestionario. Todas las preguntas han sido contestadas con mi completa satisfacción. Con mi Nombre – Apellido y Firma Rosalba Marín. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

ANALISIS DEL RESULTADO: _____

Diana S. Galeano R

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

Rosalba Marín

FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

FORMATO – NOTAS DE ENFERMERIA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO(A): Rosalba marin botero

CEDULA: 24955088	EDAD: 77
DIRECCION RESIDENCIA: cra 2 #30-17	TELEFONOS: 3117300420
EAPB: SOS comfamiliar.	GRUPO: Rojo JORNADA: mañana

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
31/10	Paciente con hipertencion y triglicericos	
	altos cuenta con cirujia de apendice y	
	Vecicula Tiene indicios de osteoporosis Se	Camila C
10:27	le realiza toma de signos vitales.	
	Saturacion=96 F=89 TA= 120/70 T= 35.8	Enfermera.