Código de Validación

Consultas

PACIENTE

Nombre: MARIA DEL ROSARIO MONTOYA BERMUDEZ
Género: FEMENINO
Identificación - Propiedad: PROPIA
Estado Civil: SOLTERO(A)
Ocupación: NO APLICA
Correo(s) Electrónico(s): NOTIENE@HOTMAIL.COM
Dirección de Residencia: CRA 6 # 4-32 BARIO 20 DE JULIO - PEREIRA
Entidad Aseguradora: ASMETSALUD
Entidad Pagadora: PGP ASMETSALUD RISARALDA
Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO
Fecha de Nacimiento: miércoles, 22 febrero de 1950
Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA
Edad: 74 Año(s) 9 Mes(es) 15 Dia(s)
Número: 29382746
Teléfono(s): +573158849:31541442625
Plan: SUBSIDIADO
Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO BENEFICIARIO
Nivel Salarial: .

ATENCIÓN

Fecha	Sede
miércoles, 04 de diciembre del 2024 a las 15:36	CENTRO ONCOLOGICO DEL CARIBE DE COLOMBIA - PEREIRA (RISARALDA) - SEDE 2 - PEREIRA

MEDIDAS

Peso	Talla	Indice de Superficie Corporal	Indice de Masa Corporal
74 Kgs	155 Cms	1.85 Mts²	30.8 Obesidad Grado I

DIAGNÓSTICO(S)

Código	Nombre	Ubicación	Estadificación
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	BILATERAL	Estadio: DESCONOCIDO T: N: M:
E660	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	.	.
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	.	.

ÍNDICE(S)

No	Escala	Valor
1	KARNOFSKY	80%: Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad.
2	EVA	4: Moderado
3	ECOG	0: El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.

CONSULTA CUIDADO PALIATIVO

Motivo de Consulta

MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO
ATENCION REALIZADA BAJO LINEAMIENTOS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ASI COMO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Antecedentes Personales

PATOLOGICOS: HIPERTENSION, PRE DIABETES
ALERGICOS: NO REFIERE
QUIRURGICOS: MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA DERECHA, CISTOPEXIA.
TRAUMATICOS: FRACTURA DE 4 Y5 DEDOS DE PIE IZQUIERDO
TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO NEGADOS
MEDICAMENTOS: ACETAMINOFEN/CAFEINA, LOSARTAN, AMLODPINO, ASA

Código de Validación

Consultas

PACIENTE

Nombre: MARIA DEL ROSARIO MONTOYA BERMUDEZ
Género: FEMENINO
Identificación - Propiedad: PROPIA
Estado Civil: SOLTERO(A)
Ocupación: NO APLICA
Correo(s) Electrónico(s): NOTIENE@HOTMAIL.COM
Dirección de Residencia: CRA 6 # 4-32 BARIO 20 DE JULIO - PEREIRA
Entidad Aseguradora: ASMETSALUD
Entidad Pagadora: PGP ASMETSALUD RISARALDA
Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO
Fecha de Nacimiento: miércoles, 22 febrero de 1950
Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA
Edad: 74 Año(s) 9 Mes(es) 15 Dia(s)
Número: 29382746
Teléfono(s): +573158849:31541442625
Plan: SUBSIDIADO
Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO BENEFICIARIO
Nivel Salarial: .

CONSULTA CUIDADO PALIATIVO

Antecedentes Familiares

Enfermedad Actual y Examen Físico

SE REALIZA TELEASISTENCIA 3158849 EN EL CUAL RESPONDE PACIENTE.

Imágenes

01/09/2022 ECOGRAFIA DE MAMA: BIRADS 2.
12/08/2022 MAMOGRAFIA: BIRADS 2.
26-08- 2022 ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO: TENDINOSIS INSERCIONAL DEL MUSCULO SUPRAESPINOSO. SINOVITIS BICIPITAL LEVE.
10/09/21 ECO DE TIROIDES: ESTUDIO SIN LESIÓN DEMOSTRABLE.
12/08/21 RX DE TORAX: CALCIFICACION HEMITORAX IZQ 10MM.
10/09/21 ECOGRAFIA DE ABDOMEN: SIN LESIONES.

Laboratorios

Análisis y Plan

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE CANCER DE MAMA HACE MAS DE 20 AÑOS. CA DE MAMA IZQUIERDA (DIAGNÓSTICO 2001), DOLOR ONCOLOGICO MODULADO CON ESQUEMA ACTUAL, ADECUADO PATRON DE SUEÑO, ALIMENTARIO, INTESTINAL. CONSIDERO CONTINUAR ESQUEMA TERAPEUTICO PROPUESTO PARA CONTROL DE SU DOLOR Y SINTOMAS ASOCIADOS, SIN EMBARGO PRESENTA DOLOR A NIVEL DE RODILLAS PARA LO CUAL SOLICITO VALORACION POR ORTOPEDIA DE SU EPS. DOY PAUTAS DE AUTOCUIDADO, CITO A CONTROL EN DOS MESES. EXPLICO MANEJO REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:

1. PREGABALINA 75 MG TOMAR 1 CAPSULA CADA NOCHE
2. ACETAMINOFEN/HIDROCODONA 325/5 MG TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS
3. MELOXICAM 15 MG TOMAR 1 TABLETA CADA DIA POR 10 DIAS Y SUSPENDER
4. SS VALORACION POR ORTOPEDIA DE SU EPS, PATOLOGIA NO ONCOLOGICA
5. CONTROL EN DOS MESES

Código de Validación

Consultas

PACIENTE

Nombre: MARIA DEL ROSARIO MONTOYA BERMUDEZ
Género: FEMENINO
Fecha de Nacimiento: miércoles, 22 febrero de 1950
Edad: 74 Año(s) 9 Mes(es) 15 Dia(s)
Identificación - Propiedad: PROPIA
Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA
Número: 29382746
Estado Civil: SOLTERO(A)
Teléfono(s): +573158849:31541442625
Ocupación: NO APLICA
Plan: SUBSIDIADO
Correo(s) Electrónico(s): NOTIENE@HOTMAIL.COM
Dirección de Residencia: CRA 6 # 4-32 BARIO 20 DE JULIO - PEREIRA
Entidad Aseguradora: ASMETSALUD
Entidad Pagadora: PGP ASMETSALUD RISARALDA
Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO
Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO BENEFICIARIO
Nivel Salarial: .

CONSULTA CUIDADO PALIATIVO

SERVICIO(S)

No	Nombre	Código	Cantidad
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS (PBS) **Observaciones:** EN DOS MESES	CUPS: 890343	1
2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (PBS) **Observaciones:** PATOLOGIA NO ONCOLOGICA	CUPS: 890280	1

Formula: 4/12/24 03:56 PM
Esquema: **Servicio:**

MEDICAMENTOS

No	Nombre	Fomulación	Duracion Tratamiento	Cantidad
1	MELOXICAM X 15 MILIGRAMO(S) EN TABLETAS - (PBS)	TOMAR 15 MILIGRAMO(S) VIA ORAL CADA DIA	10 DIAS Y SUSPENDER	10(DIEZ) TABLETA(S)
2	ACETAMINOFEN + HIDROCODONA 325 MG+5 MG X 330 MILIGRAMO(S) EN TABLETAS - (PBS CON EXCLUSIONES)	TOMAR 5 MILIGRAMO(S) VIA ORAL CADA 12 HORAS	DOS MESES	120(CIENTO VEINTE) TABLETA(S)
3	PREGABALINA X 75 MILIGRAMO(S) EN CAPSULAS - (PBS)	TOMAR 75 MILIGRAMO(S) VIA ORAL CADA NOCHE	DOS MESES	60(SESENTA) CAPSULA(S)

Felipe Andrés Mejía Sánchez
C.C 13871927 REG:13871927
Dolor y Cuidado Paliativo

NIT 816.005.003-5
Cra. 10 No. 17-55 Ed.Torre Central Piso3 - TELS: 3116733 - FAX: 3248357-3248589 - MAIL: correoese@saludpereira.gov.co
PEREIRA, RISARALDA

REMISIÓN DE PACIENTES

R-FAST 8.5e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

660010033200 - FV - 8771669

AUTORIZACION CRUE

INSTITUCION QUE REMITE HOSPITAL KENNEDY

HISTORIA CLINICA No. C29382746

FECHA DE REMISION 28-May-2015 10:23 am

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1] NO [2 X]

NOMBRE DEL PACIENTE MONTOYA BERMUDEZ MARIA DEL ROSARIO

EDAD: 65 Años — SEXO: M [ ] F [X]

REGIMEN/EMPRESA Subsidiado / Asociación Mutual la Esperanza de El Tambo "Asmet E.S.S."

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO: RISARALDA [66]

MUNICIPIO: PEREIRA [001]

ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2]

CR 6 # 48-32 (DIRECCION) — 3161999 (TELEFONO) — VEINTE DE JULIO (BARRIO / VEREDA)

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

GLORIAMARIA (NOMBRE Y APELLIDO) — N (DIRECCION) — 3161999 (TELEFONO) — (CIUDAD / BARRIO)

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

.N DEFINIR (NOMBRE) — 9999 (CODIGO) — NIVEL INST. [1 X] [2] [3] — CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA (SERVICIO A DONDE SE REMITE)

IMPRESION DIAGNOSTICA

.NFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA, NO ESPECIFICADA CODIGO: [I739]

TIPO DX: Impresión diagnóstica

CAUSA BASICA DE REMISION Valoracion

OBSERVACIONES

DOLOR CRRONICO DE MMII. ASOCIADO O REALCIONADO CON VARICES DE PIERNS Y MUSLOS. SS SU VLX Y MANEJO.GRACIAS.

Guillermo Montoya Villegas
Medico y Cirujano
M.573MD.U.T.P

10093664

INSTITUCIÓN QUE REMITE 660010033201

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE

MONTOYA VILLEGAS GUILLERMO Tipo de profesional: Médico general

RESPUESTA: SI [1] NO [2] — Se justifica la remisión SI [1] NO [2]

Si no, por qué?

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CODIGO

NIVEL DIAG. 1 2 3

.. PACIENTE FUE HOSPITALIZADO SI [1] NO [2]

HUBO MUERTE SI [1] NO [2] — FECHA MUERTE (Mes Día Año Hora) — A.M. P.M.

HISTORIA CLINICA No.

..AN DE ..ATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO — MD [1] QX [2] MD - QX [3]

Dx Intervención Quirurgica:

CODIGO INTERVENCION

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA 1 2 3

INSTITUCION QUE RESPONDE — CODIGO INST. — NIVEL INST. [1] [2] [3]

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE — FIRMA — FECHA RESPUESTA (Mes Día Año)

MD [1] ODONT [2] ENF. [3] AUX. [4] EST. [5] OTRO [6]

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: C29382746 CC 29382746 MONTOYA BERMUDEZ MARIA DEL ROSARIO Fem, 65 Años

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULA

NORMAL

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

EVOLUCIÓN

BIEN

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 660010033200-FV-8771669

Principal de consulta: [I739] ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA, NO ESPECIFICADA - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 1110 Consulta Médica General

Fecha y hora de egreso: 28-May-2015 10:02 am

CONDUCTA A SEGUIR

SG VLXX X CGIA VASCULAR PERIFERICA.

****ALTERACIONES DEL ADULTO / DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO****

106-Fecha Toma de la Creatinina:

****TRATAMIENTO PARA LEISHMANIASIS / TRATAMIENTO PARA LEISHMANIASIS****

118-Fecha de terminación del tratamiento para leishmaniasis.:

****RIESGO SINTOMATICO RESPIRATORIO / SINTOMATICO RESPIRATORIO****

112- Fecha de toma de muestra para baciloscopia de diagnóstico.:

****RIESGO INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL / RIESGO Y SEGUIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL****

74- Número de preservativos entregados a pacientes con ITS.:

****ALTERACIONES DEL ADULTO / DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO****

107- Resultado creatinina.:

****PLANIFICACIÓN FAMILIAR / PLANIFICACIÓN FAMILIAR.****

- Fecha de suministro de método anticonceptivo.:

****PRUEBA ELISA - VIH / PRUEBA ELISA - VIH****

82- Fecha de toma de muestra de ELISA - VIH.:

****ALTERACIONES DEL ADULTO / DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO****

108-Fecha de Toma Hemoglobina Glicosilada:

****RIESGO INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL / RIESGO Y SEGUIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL****

80- Fecha toma de muestra para serologia.:

****RIESGO CANCER DE CERVIX. / TAMIZAJE CANCER DE CUELLO UTERINO****

87- Fecha de toma de muestra para citologia cervico uterina.:

****ALTERACIONES DEL ADULTO / DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO****

109- Resultado de la hemoglobina glicosilada.:

110- Fecha de toma de muestra para microalbuminuria.:

111- Fecha de toma de muestra para HDL:

****RIESGO CANCER DE CERVIX. / COLPOSCOPIA****

91- Fecha de toma de muestra para colposcopia.:

****CANCER DE SENO / MAMOGRAFIA****

96- Fecha de toma de muestra para mamografia.:

****CANCER DE SENO / BIOPSIA DE SENO****

99- Fecha toma de muestra para biopsia de seno.:

****RIESGO CANCER DE CERVIX. / BIOPSIA CERVICAL****

93- Fecha toma de muestra para biopsia cervical.:

****CANCER DE SENO / BIOPSIA DE SENO****

100- Fecha de resultado biopsia de seno.:

Documento de venta asociado

FV-8771669

Subsidiado: Asociación Mutual la Esperanza de El Tambo "Asmet E.S.S."
PROFESIONAL: [3089] MONTOYA VILLEGAS GUILLERMO - Registro: 573MD - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA
[660010033201] HOSPITAL KENNEDY

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: C29382746 CC 29382746 MONTOYA BERMUDEZ MARIA DEL ROSARIO Fem, 65 Años

Regimen: Subsidiado Empresa: Asociación Mutual la Esperanza de El Tambo "Asmet E.S.S." - Nivel: Nivel 1 Numero de afiliacion: 660641
Residencia: CR 6 # 48-32 - Teléfono: 3161999 - Barrio: VEINTE DE JULIO - Municipio: [66001] PEREIRA
En caso de urgencia avisar a: GLÓRIAMARIA (HIJA) - Dirección: N - Teléfono: 3161999

Apertura MEDICA GENERAL del 28-May-2015 10:17 am: 65 Años
Id: 1086278

MOTIVO DE CONSULTA
DOLOR EN PIERNAS"

ENFERMEDAD ACTUAL
E VIEJA DATA PRESENTA DOLOR Y SANGRADO EN PIERNA DER
RELACIONADO CON VARICES DE MMII,

ANTECEDENTES LABORALES
MA DE CASA

ANT. PATOLÓGICOS
CA MAMA EN QUIMIOTX. HTA.DMII
HTA Y DM EN MAENJO CON METFOMINA 1 DIA, VERAPAMILO 80 MG 1 DIA, ASA 100 MG 1 DIA.

ANT. QUIRÚRGICOS
CA MAMA CUADRANTECTOMIA IZQ. Y MASTECTOMIA IZQ.(2002 Y2013).

ANT. TOXICO-ALÉRGICO
NEGATIVO

ANT. HOSPITALARIOS
NEGATIVO

ANT. TRAUMÁTICOS
NEGATIVO

ANT. FARMACOLÓGICOS
VPMILO80X1,METFORMINA850X1,ASA100X1

ANT. INMUNOLÓGICOS
EGATIVO

ANT. GINECOLÓGICOS
Partos vaginales: --, Cesáreas: --, Abortos: --, Gravidez: --, Ectópicos: --, Nacidos vivos: 0, Nacidos muertos: 0, Ultimo parto: --, Menarca: --, Ciclo menstrual: --, Duración del ciclo: --, Menopausia: --, Inicio sexual: --, Compañeros sexuales: --, Embarazada: NO, Ultimo periodo: --, Edad gestacional: --, Fecha probable de parto: --, Colposcopias: --, Leucorrea: --, Historia de infertitidad: --, Ultima citologia: --, Resultado citologia: --
Otras observaciones: NEGATIVO

ANT. FAMILIARES
NEGATIVO

OTRAS
NINGUNA

PLANIFICACIÓN
NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual
NEGATIVO

HÁBITOS
NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA
Digestivo: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Respiratorio: NORMAL

REVISIÓN POR SISTEMA
ORL: NORMAL
Endocrino: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

MATERNO
Aborto hab./infertilidad: -- Retención placentaria: -- Neonatos > 4000 grs.: -- Neonatos < 2500 grs.: --
HTA en embarazo: -- Emb. múltiple/Cesárea: -- Mortinato/Muerte neonat.: -- Parto prolongado/difícil: --

**** SINTOMATICOS / Sintomático ****
Respiratorio: NO

**** ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS / ANTECEDENTES DE NEXOS EPIDEMILÓGICOS ****
ANTECEDENTES DE NEXOS EPIDEMIOLÓGICOS: NO

**** SINTOMATICOS / Sintomático ****
Dermatológico: NO
PROFESIONAL: [3089] MONTOYA VILLEGAS GUILLERMO - Registro: 573MD - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA
[]

****Evolución del 28-May-2015 10:17 am: 65 Años**
Id: 1601519

EXÁMEN FÍSICO
Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 76, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 37.0°C, Peso: 71.0 Kgs., Talla: 155 cms., IMC: 29.55 Sobrepeso, Perimetro cintura: --, Saturación O2: 97.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 106), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CARA, OJOS Y ORL
NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL
NORMALES

ABDÓMEN Y LUMBAR
NORMAL

SISTEMA GENITO-URINA
NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVI
VARICES TORTUOSAS DE MMII.

SISTEMA NEUROLÓGICO
NORMAL

PIEL
NORMAL

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Montoya Nombre: Maria Rosario

Sexo: F Edad: 74 Peso, kg: 67 Altura, cm: 165 Fecha: 8/11/24

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 falta de 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) → 12

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 → 1

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

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

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

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 sies
0.5 = 2 sies
1.0 = 3 sies → 1.0

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

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 → 1.0

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

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

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 → 1.0

Q Circunferencia braquial (CB en cm)
0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22 → 1.0

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

Evaluación (máx. 16 puntos) → 14.0

Cribaje → 12

Evaluación global (máx. 30 puntos) → 26

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 Vigencia: 12-2024
Versión: 0		

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

NOMBRE María Rosario Montoya FECHA 8/11/24

PESO 67 TALLA: 165 IMC: 24.6

Peso Adecuado
Dx HTA,
TN: Estado Nutricional Normal.

FIRMA USUARIO:

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ TALLA: _____ IMC:_____

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ TALLA: _____ IMC:_____

FIRMA USUARIO

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
ESCALA TINETTI MODIFICADO E INSTRUCTIVO		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
M Rosario Montoya	29382746
GRUPO: PM. Rojo	**EVALUADO POR:** Juan Gallego

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 6 / MES: 07 / AÑO: 2024 /

EVALUACION DEL EQUILIBRIO

(Coloque una **silla** dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al Adulto Mayor para las siguientes maniobras).

1. AL SENTARSE:

0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla **o** cae fuera del centro de la silla.
1 = capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.
X 2 = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.

2. EQUILIBRIO MIENTRAS ESTÁ SENTADO:

0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente **o** se inclina hacia el frente o hacia el lado).
1 = se inclina levemente **o** aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.
X 2 = firme, seguro, erguido.

3. AL LEVANTARSE:

0 = incapaz sin ayuda **o** pierde el balance **o** requiere más de 3 intentos.
1 = capaz, pero requiere 3 intentos.
X 2 = capaz en 2 intentos o menos.

4. EQUILIBRIO INMEDIATO AL PONERSE DE PIÉ (PRIMEROS 5 SEG):

0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.
1 = estable, pero usa andador o bastón, **o** se tambalea levemente, pero se recupera sin apoyarse en un objeto.
X 2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

De Pié: ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.

5. EQUILIBRIO CON PIES LADO A LADO:

0 = incapaz **o** inestable **o** sólo se mantiene ≤ 3 segundos.
1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte **o** sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.
+2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ segundos.

6. PRUEBA DEL TIRÓN

(El Adulto Mayor en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):

0 = comienza a caerse.
1 = da más de 2 pasos hacia atrás.
2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.

7. SE PARA CON LA PIERNA DERECHA SIN APOYO:

0 = incapaz **o** se apoya en objetos de soporte **o** capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
2 = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ 2, ___ segundos

8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:

0 = incapaz **o** se apoya en objetos de soporte **o** capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
2 = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ 1, ___ segundos

9. POSICIÓN DE SEMI-TÁNDEM:

0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro (, ambos pies tocándose) **o** comienza a caerse **o** se mantiene ≤ 3 segundos.
1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.
Tiempo: ___ ___, ___ segundos

10. POSICIÓN TÁNDEM:

0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro **o** comienza a caerse **o** se mantiene por ≤ 3 segundos.
1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
0 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.
Tiempo: ___5___, ___ segundos

11. SE AGACHA (para recoger un objeto del piso):

0 = incapaz **o** se tambalea.
1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
2 = capaz y firme.

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

0 = incapaz.
1 = capaz, pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ___2___, ___ segundos

13. SE PARA EN LOS TALONES:

0 = incapaz.
1 = capaz, pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ___2___, ___ segundos



Pies lado a lado



Posición Semi-tándem



Posición Tándem

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
ESCALA TINETTI MODIFICADO E INSTRUCTIVO		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

EVALUACION DE LA MARCHA

INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (Mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades.
Anote el tipo de piso: ---linóleo/cerámica ---madera ---cemento/concreto ---otro: _____

1. INICIO DE LA MARCHA (Inmediatamente después de decirle "camine"):

0 = cualquier vacilación **o** múltiples intentos para comenzar.
1 = sin vacilación.

2. TRAYECTORIA (estimada en relación con la cinta métrica colocada en el piso), Inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.

0 = marcada desviación.
1 = moderada **o** leve desviación **o** utiliza ayudas.
2 = recto, sin utilizar ayudas.

3. PIERDE EL PASO (tropieza o pérdida del balance):

0 = sí, y hubiera caído **o** perdió el paso más de 2 veces.
1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.
2 = no.

4. DA LA VUELTA (mientras camina):

0 = casi cae.
1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.
2 = estable, no necesita ayudas mecánicas.

5. CAMINAR SOBRE OBSTÁCULOS (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):

0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz **o** camina alrededor de cualquier obstáculo **o** pierde el paso > 2 veces.
1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco, aunque logra recuperarse **o** pierde el paso una o dos veces.
2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
ESCALA TINETTI MODIFICADO E INSTRUCTIVO		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

INTERPRETACIÓN

1. A mayor puntuación mejor funcionamiento.
2. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12. 5
3. La máxima puntuación para la subescala del equilibrio 16. 16
4. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas. 21
5. A mayor puntuación>>>menor riesgo

ANALISIS DEL RESULTADO

RIESGO DE CAIDAS 21/35: INDICA QUE RIESGO DE CAIDAS.
EL ANALISIS REVELO DIFICULTAD PARA MANTENER EL EQUILIBRIO UNIPEDAL Y BIPEDAL, DIFICULTAD PARA DESPLAZARSE EN PUNTAS DE PIES Y TALONES, EN CUANTO A LA MOVILIDAD PRESENTA DIFICULTAD PARA GIRAR SOBRE OBSTACULOS, MANTENER TRONCO RECTO Y EL APSU

FIRMA – EVALUADOR

FIRMA PERSONA EVALUADA

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
EVALUACION – AIVD – ESCALA LAWTON		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

NOMBRE COMPLETO M Rosario Montoya	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 29382746
GRUPO PM. Rojo	**EVALUADO POR** Juan Gallego
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 6 / **MES:** 11 / **AÑO:** 2024	

CÓDIGOS: **I=INDEPENDIENTE (2 PUNTOS)** **A=REQUIERE ASISTENCIA (1 PUNTO)** **D= DEPENDIENTE (0 PUNTOS)**

Información obtenida del:

USUARIO	ACOMPAÑANTE	ACTIVIDAD	GUIA PARA LA EVALUACION I=2 A=1 D=0
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	**CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO**	I= Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada A= Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números D= Totalmente dependiente para realizar una llamada por teléfono por sí mismo
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	**USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE**	I= Viaja con independencia en transportes públicos o condice su propio auto A= Solo viaja si lo acompaña alguien D= No puede viajar en absoluto
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	**IR DE COMPRAS**	I= Realiza todas las compras con independencia A= Necesita compañía para realizar cualquier compra D=Totalmente independiente para ir de compras
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	**PREPARACION DE LA COMIDA**	I= Organiza, prepara y sirve los alimentos adecuadamente y con independencia A=Calienta, sirve y prepara alimentos ligeros, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda D= Necesita que le preparen y sirvan los alimentos

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
EVALUACION – AIVD – ESCALA LAWTON		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

I A D Puntuación: A	**I A D** Puntuación:	**CONTROL DE SUS MEDICAMENTOS**	I= Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta A=Toma de medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis D= Incapaz de administrarse su medicación
I A D Puntuación: I	**I A D** Puntuación:	**MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS**	I= Maneja los asuntos económicos con independencia A=Realiza gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta del banco y hacer grandes compras, etc D= Incapaz de manejar su dinero

TOTAL 11 **TOTAL** _____

Máxima dependencia: 0 puntos **Independencia total:** 8 puntos

ANALISIS: EL ANALISIS REVELO ALTO NIVEL DE INDEPENDENCIA SIN EMBARGO REQUIERE ASISTENCIA PARA EL CONTROL DE SUS MEDICAMENTOS

NOMBRE PERSONA EVALUADORA

FIRMA PERSONA EVALUADA

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
PRUEBA DE ENTRADA DE PARTICIPACION AL AREA OCUPACIONAL		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

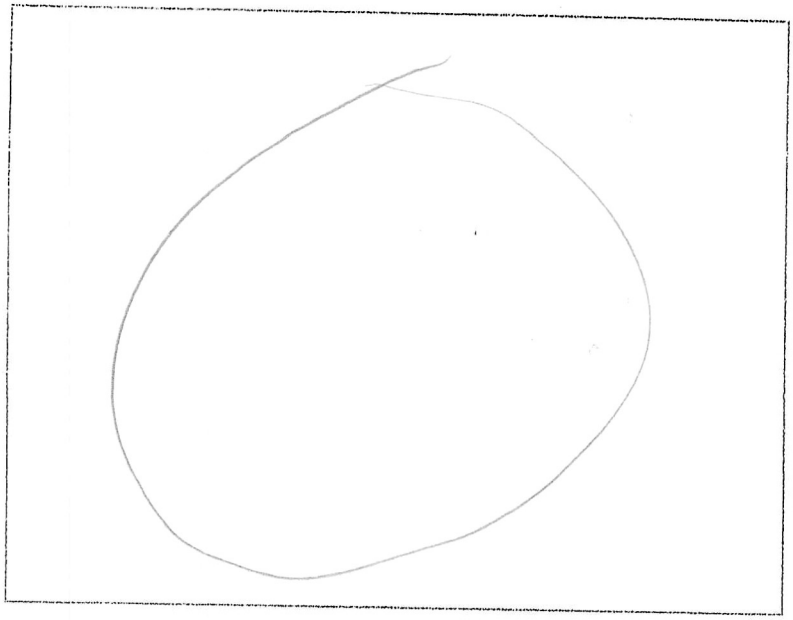
DIA	MES	AÑO
30	12	2024

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

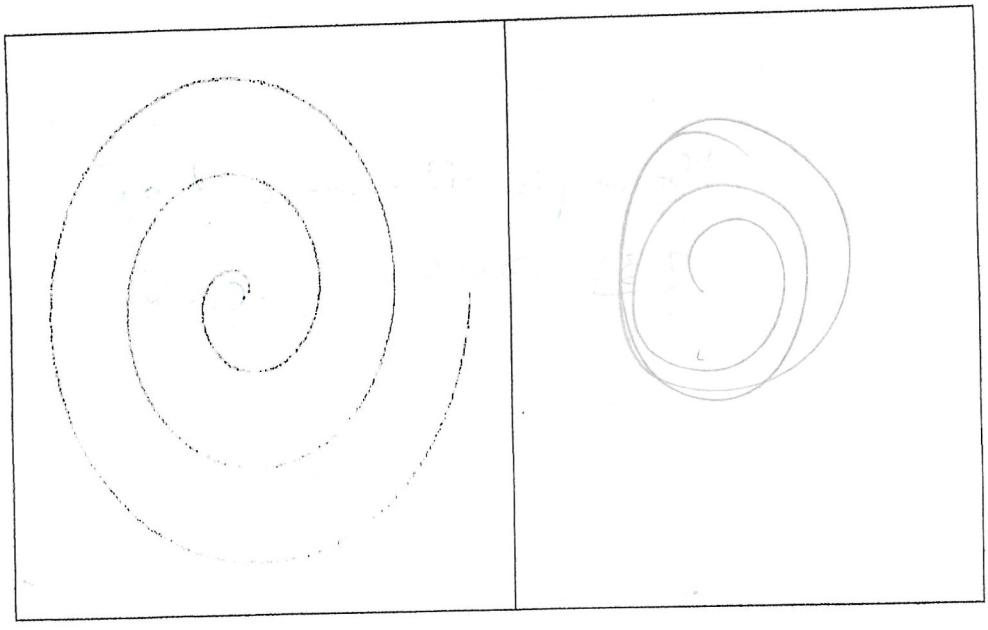
NOMBRES - APELLIDOS	María del Rosario Montoya
DOCUMENTO	29382-746
GRUPO	

OBJETIVO DE LA PRUEBA: determinar las destrezas y habilidades del Adulto Mayor y seguir su proceso en el programa.

1. Dentro del siguiente espacio dibuje un círculo



2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.



3. Escriba 2 usos que usted le daría a los siguientes objetos:

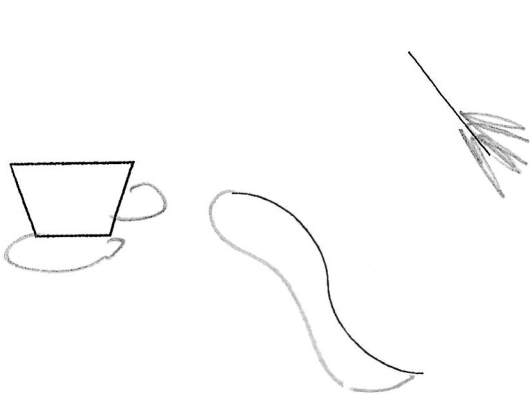
Periódico

_____
_____
_____

botella plástica

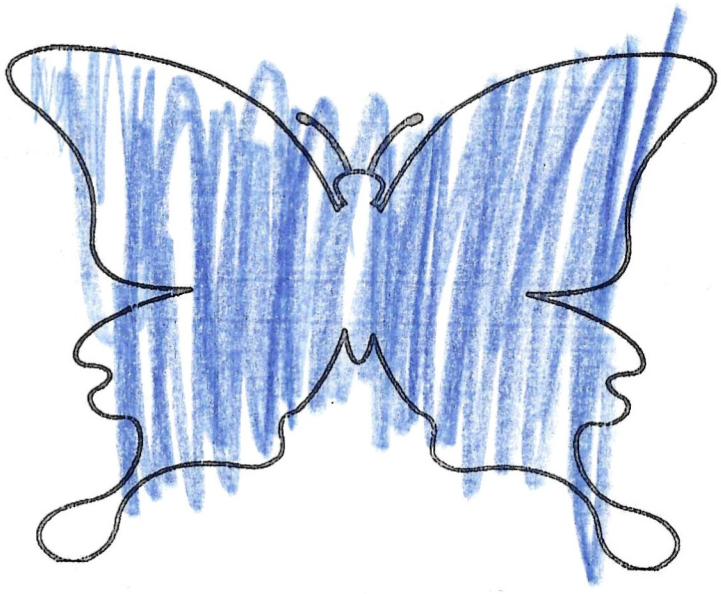
_____
_____
_____

4. Elabore un dibujo utilizando las siguientes figuras:

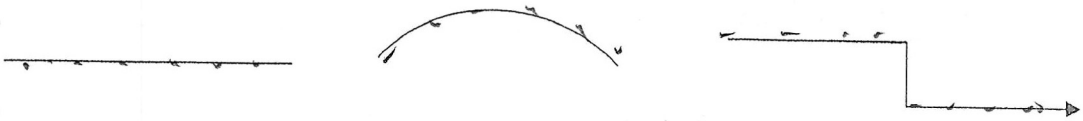




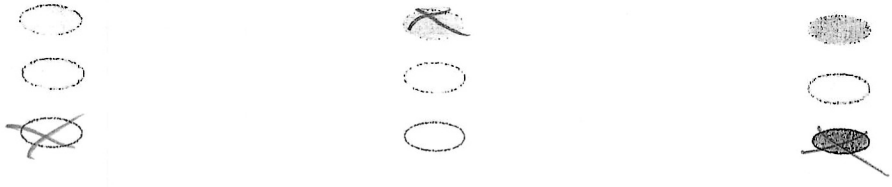
5. Pinte el dibujo con un lápiz de color sin salirse de los bordes.



6. Con la ayuda de una aguja, punce sobre las líneas.



7. Señale con una x los colores primarios :



8. Una manualidad y una artesanía son lo mismo ya que las dos se hacen con las manos.

☐ Falso
☒ Verdadero

PROFESIONAL	FIRMA
María Zoraida Bueno G. Manualidades allego.	Ma Zoraida Bueno G.
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	30-12-2024.

NOTAS Y OBSERVACIONES:

Requiere Apoyo Motricidad Fina y Gruesa
lecto escritura.

Adaptada por: Claudia Azucena Batero Gómez
Área Actividades Productivas.

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	MES	AÑO
30	12	2024

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Maria del Rosario Montoya.
DOCUMENTO	29'382.746
GRUPO	

OBJETIVO DE LA PRUEBA: Evaluar el nivel de conocimientos y razonamiento del Adulto Mayor al ingresar al Programa de Alfabetización del Área Educativa del Centro Vida – Comuna Oriente y su grado devolución al término de cada Ciclo Educativo.

1. Encierre en un círculo las letras.

U 6 ¿ m @ t # 200 b 3 + v 4 Y 7 %

2. Escriba una palabra con cada una de las letras que encerró:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

3. Complete la tabla con los números que hacen falta.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

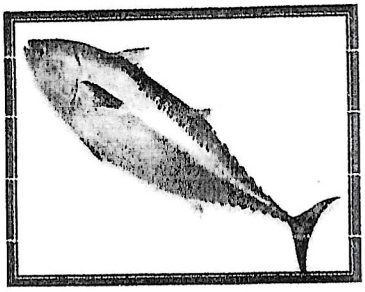
4. Resuelve las Operaciones.

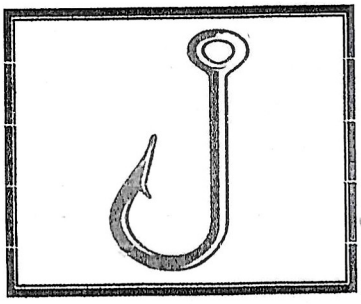
7 +2 9	17 +39 56	9 -3 6	51 -35

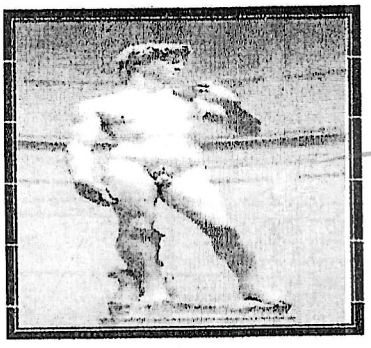
5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

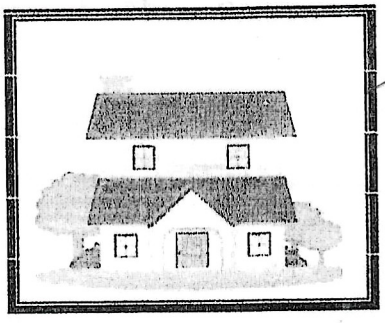
13	68	4	19	25	11	5	7	46	34

6. UNA CON LÍNEAS LAS PALABRAS Y LAS IMÁGENES.









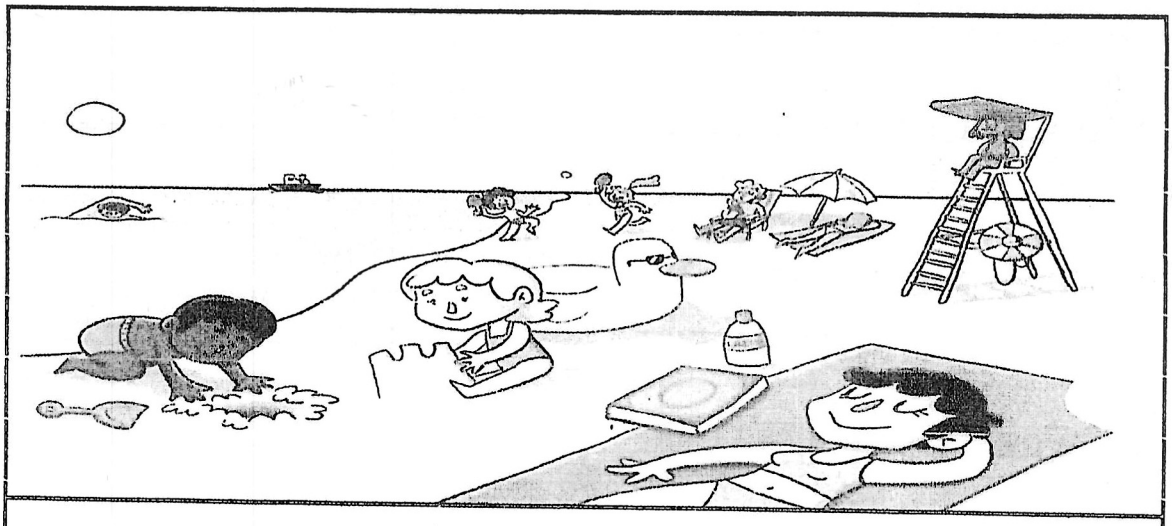
ESTATUA

CASA

PESCADO

ANZUELO

7. ESCRIBA EN LAS LÍNEAS LAS ACCIONES QUE REALIZAN LOS NIÑOS EN EL DIBUJO.



8. Julio tenia $40.000 pesos que se ganó por la venta de unos floreros de barro, fue a la plaza y compro dos libras de pescado por $8.000 y un paquete de arepas por $2.000 ¿Cuánta Plata le Sobro?

PROCEDIMIENTO	RESPUESTA

EXITOS!

Alcaldía PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

PROFESIONAL	FIRMA
María Zoraida Bruno Manuela Gallego	Ms Zoraida Bruno G.
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Área de Educación y TIC´S	30-12-2024.

NOTAS Y OBSERVACIONES:

Requiere Apoyo en operaciones matemáticas, lecto escritura.

CENTRO VIDA – ORIENTE PEREIRA – C.V.O.P
Calle 4 # 8 - 03 – Comuna Villavicencio - Cel +57 320 688 9146 - Pereira-Risaralda
E-mail: multiserca@gmail.com

28

CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
REGLAMENTO INTERNO Y MANUAL DE CONVIVENCIA
"DERECHOS Y DEBERES"

ACTA DE COMPORTAMIENTO

La Dirección Técnica del Programa Centro Vida – Oriente – Cooperativa Multiser. Le manifiesta a usted en calidad de beneficiario(a) o usuario(a) de este programa:

Que el objetivo del presente programa es la prestación de manera gratuita de los servicios de atención integral durante el día, en atención a la Ley 1276 de 2009 – Art 11 y la Resolución Minsalud 055 de 2018. Los cuales buscan beneficiar su salud y calidad de vida.

Que por tal motivo, exige de manera irrestricta a usted en calidad de beneficiario(a) y/o usuario(a) del mismo el cumplimiento del presente **MANUAL DE CONVIVENCIA Y REGLAMENTO INTERNO**, para con ello lograr la consecución, la preservación y el mantenimiento de una sana y pacífica convivencia por medio de la regulación de la práctica de libertades, derechos y cumplimientos de los deberes establecidos en los mismos, manteniendo así estrechos lazos de vecindad, relaciones de hermandad y amistad con los demás usuarios, el equipo de trabajo del programa y la administración municipal.

COMPROMISO

Yo María Rosario Montoya, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Nº 29.382746 expedida en Cartago Valle y en mi calidad de beneficiario(a) del programa Centro Vida – Oriente – Cooperativa Multiser, del Adulto Mayor del municipio de Pereira Risaralda.

Doy fe, ante la Dirección Técnica del Centro Vida, ante los demás beneficiarios del programa, ante la administración municipal y ante las autoridades competentes. Que **CONOZCO y ACEPTO**, mis deberes y derechos contemplados en el presente **MANUAL DE CONVIVENCIA** y me **COMPROMETO** a cumplir a cabalidad. De no ser así **ACEPTARE** las disposiciones y sanciones acá establecidas.

Dirección Técnica – Centro Vida – Oriente

Usuario(a) – Programa Centro Vida - Oriente

DOCUMENTO ELABORADO POR:
Luis Antonio Chala J – Profesional en Gerontología - UniQuindio
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud – U.C.C
(Se reservan los derechos de autor, no puede ser reproducido total o parcialmente)

Alcaldía de PEREIRA	MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER - NIT: 90041528-4	Versión: 1 - Código: 1.1 - Vigencia 08 - 2024

ENCUESTA DE SATISFACCION - CALIFICACION DE LOS SERVICIOS

Apreciado usuario(a). Trabajamos día a día para ofrecerle el mejor servicio con calidad y excelencia. Su opinión es importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar la presente encuesta de satisfacción.

Nombre del Usuario: Rosario Montoya Bermudez

N° Identificación: 29382746

Fecha	20/11/24	HOMBRE ☐	MUJER ☒	Jornada	tarde

Tipo de usuario

Adulto Mayor	X	Madre Cabeza de Hogar	X
Discapacitado		Campesino	
Desplazadc		Otro:	
Víctima del Conflicto		Cual:	

Canasta de servicios recibidos - Ley 1276/2009 - Articulo 11 - Numerales 1 al 11

ASPECTOS A EVALUAR

1. **SERVICIO**
   ¿Cómo califica la calidad del servicio recibido en el centro vida?
   ☐ Muy Satisfecho ☒ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho
2. **INSTALACIONES Y RECURSO**
   ¿Cómo se siente con el uso de las instalaciones del Centro Vida Oriente?
   ☐ Muy Satisfecho ☒ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho
3. **HORARIOS DE ATENCIÓN**
   ¿Está satisfecho con el cumplimiento de los horarios establecidos?
   ☐ Muy Satisfecho ☒ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho
4. **EXPECTATIVAS DEL SERVICIO**
   ¿Está satisfecho con la variedad y calidad de las actividades ofrecidas?
   ☐ Muy Satisfecho ☒ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho
5. **TALENTO HUMANO**
   En general, ¿cómo valora el trato recibido por parte del personal?
   ☐ Muy Satisfecho ☒ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

OBSERVACIONES:
El tiempo es muy limitado para las actividades no me gusta el señor que diee la mañana y el viernes solo se limita a pasar lo mismo

Gracias por su colaboración

Alcaldía de PEREIRA

C.T.A. MULTISER
PROGRAMA PARA ADULTO MAYOR
CENTRO VIDA ORIENTE
FORMATO DE DESISTIMIENTO INFORMADO

DESISTIMIENTO INFORMADO

Yo María del Rosario montoya identificado con cedula de ciudadanía número 24382746 de la cuidad de Pereira decido no participar de las actividades de Centro Vida oriente siendo expuestos mis motivos de desistimiento a continuación:

Ogvaria q:en manifiesto no poder continuar asistiendo al centro, vida por motivo de enfermedad domestica dado que el esposo de su hermana se encuentra hospitalizado y esta pendiente de su apoyo en estos momentos. para acudirle.

Como constancia del desistimiento en la participación de esta actividad firman a continuación:

Firma de la persona que desiste de su participación en la actividad
CC.

Fecha: (dia / mes / año)

Firma de testigo (si aplica)
CC.

Fecha: (dia / mes / año)

Magnolia Gutierrez
Firma del encargado de la actividad
CC.

Fecha: 17 / 12 / 2024

Señores
Directores de centro Vida
esta para saludarlos con mucho amor
pero a la vez Tengo tristesa porque
no puedo continuar porque Tengo
calidad domestica el esposo
de mi Hermana se alla Hospitali
sado indifinido no sabemos cuando
salga y mi Hermana es muy Mayor
y requiere de mi compañia ya que
no tiene quien la cuide me duele
no estar con ustedes

Atenta
mente

Rosario Montoya