Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO N° _____

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 14 MES 04 AÑO 2025

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR María floripa

LUGAR DE NACIMIENTO: Pereira FECHA: DIA 10 MES Nov AÑO 1934

DIRECCIÓN: Mz 1 casa 23 Los brisas

TELÉFONO: 3128118442

EDAD: ____ CATEGORÍA SISBEN: B2 DESPLAZADO _____ EPS Asmet salud

RH A+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
María Celaná Losada
DIRECCIÓN Mz 1 casa 23 Los brisas
TELEFONO 3128118442

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (✓) -Sisben (✓) -Otro (✓) Cuál certificado salud

Nombre del funcionario: Dayana Lorena Hinestroza

C.T.A. MULTISER

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: DIA 14 / MES mayo / AÑO 2025 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: _____ PARENTESCO _____/

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR María Eloisa Peña C.C 24890437/

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D14/ M Nov A1934 Pereira / EDAD 91 / SEXO F /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Mz 1 casa 23 / BARRIO Los Lirios /

EPS Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN B2 / TIPO SANGRE A+ /

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

ESTADO CIVIL CASAD@ ____/ UNION LIBRE ___/ SEPARAD@ ___/ VIUD@ X / SOLTER@_____/

COMUNA _____/ TELÉFONO FIJO _____/ CELULAR 3128118442 /

OCUPACION: ACTUAL Ama de casa / ANTERIOR Ama de casa /

NIVEL ACADEMICO: PRIMARIA: ____/ SECUNDARIA: ____/ UNIVERSITARIA: ____/ OTRO: ___/

CUÁL: _____ _____/ NINGUNO: X /

PERSONA DE CONTACTO María Celene Losada /

DIRECCION Mz 1 casa 23 TELÉFONO 3128118442 PERENTESCO hija /

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

FISICA: HTA X / DIABETES __/ OSTEOPOROSIS __/ ARTICULARES ___/ EPOC__/

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL ___/ OTRAS CUALES: hipercolesterolemia /

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

AFECTACION MENTAL: ESTRÉS___/ ANSIEDAD___/ DEPRESION ___/ DEMENCIA___/
OTRAS ___/ CUALES: _____/

AUTOPERCEPCION DE LA SALUD: MUY BUENA__/ BUENA__/ REGULAR X / MALA__/ MUY MALA__/

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICION FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION
1	María Celené Losada P.		hija	Ama de casa
2	Albeiro Peña		hijo	empleado

3				
4				
5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	X			
PARIENTES	X			
VECINOS				
AMIGOS				

3. HABITOS 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 ALGUN PLAN DE EJERCICIO FISICO DIRIGIDO? NO X / SI ___/

CUAL? _____/

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACION _____/ CULTURA _____/ ARTES _____/ MANUALIDADDES _____/

OTRAS: __/ CUÁLES: _____/

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Pintar, manualidades y actividad fisica /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONOMICA:

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 X/ NO __/ 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 ___/ FAMILIAR X/ ARRENDADA ___/ INVASION___/ 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 ___/ VENTANAS ___/ BAÑO INCOMPLETO___/ DIVISIONES ___/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES ___/ DORMITORIO COMPARTIDO___/

DORMITORIO AISLADO __/ HUMEDADES___/ ILUMINACION-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: Dayana Larmo H. /

PROFESION: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1088251075

Alcaldía de PEREIRA

APROBACIÓN 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 María Filompa	Apellidos Peña Cortez
Documento de identidad 24890437	Expedida Pereira

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

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
	Inferior	Igual	Superior	Enfermedad mental		Alcohol	
SISBEN:	A	✓B	C	Sustancias psicoactivas		Soledad	
Edad superior o igual a 55 años			✓	Abandono familiar		Sedentarismo	
Ingresos económicos 1smlv	✓			Violencia intrafamiliar		Tabaco	
Disponibilidad de tiempo	Si	✓	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 16 Mes 05 Año 2025

Firma

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Nombre Gerontólogo(a)

Nombre Psicólogo(a)

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: Maria

SEGUNDO NOMBRE: Floripe

PRIMER APELLIDO: Paño

SEGUNDO APELLIDO: Cortes

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

1 [✓] 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:
No. Documento

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 9 1

SEXO:

1 [ ] HOMBRE
2 [✓] MUJER
3 [ ] LGBTI

DATOS SISBEN:

Esta
1 [✓] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: B2

ESTADO CIVIL:

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

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

1 [✓] SI
2 [ ] NO

1 [ ] CONTRIBUTIVA
2 [✓] SUBSIDIADA

CUAL: Asmet Salud

¿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 [ ] 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 [✓] 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 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 media pensión
2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

UBICACIÓN GLOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

VEREDA:

1 ___ RURAL NOMBRE DE LA FINCA:

2 ✓ URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Mz 1 Casa 23

BARRIO: Los bilbos

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: EMAIL:

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: PARENTESCO:

TELÉFONO DE CONTACTO:

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 OTROS HOGARES
9 ✓ OFICIOS DEL HOGAR
10 ___ INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
11 ___ JORNALERO O PEÓN
12 ___ TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA
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

Realizar actividades, compartir con compañeros

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Maria Filipa Peña

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
14	05	2025

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Huella

OBSERVACIONES:

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

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Centro vida Oriente

NOMBRES: Maria florinda

APELLIDOS: Peña Cortes

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 14 / MES: Noviembre / AÑO: 1934

EDAD: 91 / SEXO: F / CÉDULA DE CIUDADANIA: 24890437 / TIPO SANGRE: A+

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: Mz 1 casa 23 / BARRIO: Los bosos

COMUNA: Villa santana / VEREDA: _____

TELEFONO FIJO: _____ / CELULAR: 3128118442 / PLAN FUNERARIO: _____

S.G.S.S.S: C: __ / S: X / V: __ / O: __ / E.P.S: Asmet salud / PUNTAJE SISBEN: B2

ENFERMEDADES: H.T.A: X / DIABETES: __ / OSTEOPOROSIS: __ / ARTRITIS: __ / EPOC: __ / OTRA: hipercolesterolemia

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: _____

ALERGIA A MEDICAMENTOS: _____

DISCAPACIDADES: FÍSICA: _____ / MENTAL: _____ / SENSORIAL: _____ / MULTIPLE: Cual _____

FACTORES DE RIESGO: TABACO: _____ / ALCOHOL: _____ / SEDENTARISMO: _____ / OTRO: _____

FACTORES PROTECTORES: EJERCICIO: _____ / DIETA PRESCRITA: _____ / PERTENENCIA GRUPOS: _____

NIVEL ESCOLARIDAD: PRIMARIA: _____ / SECUNDARIA: _____ / NINGUNO: X / OTRO: _____

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

CONVIVENCIA: PAREJA: __ / FAMILIA: X / SOLO: __ / OTRO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: _____

PARENTESCO: hija / TEL FIJO: _____ / TEL CELULAR: 3128118442

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

DIRECCION: cra 13 Nº 2E-04 / TELEFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRONICO: gloria612008@hotmail.com.

ANEXOS: CEDULA: ✓ SISBEN: ✓ ESTUDIO SOCIOECONOMICO: ✓ CONSENTIMIENTO INFORMADO: ✓ OTRO: CUAL solo

C.T.A.MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	1 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 Multiser 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 14 días del mes de 05 del año 2025.

Firma: NO firma

Nombre: Maria Florga Peña

Identificación: 24890437



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: 14 / MES: mayo / AÑO: 2025 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Florpa Paño / C.C: 24890437

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:

El resultado logrado es disfuncion familiar moderada, lo que indica, que, aunque existen ciertos niveles de apoyo y cohesión familiar hay areas significativas que generan insatisfacción o dificultades en las relaciones. Se sugiere que la familia no está cumpliendo plenamente con las necesidades emocionales y comunicativas.

Dayana Lorena Hinestroza

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO

TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 1088251475

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

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

ACTA DE COMPORTAMIENTO

La Dirección Administrativa del Programa Centro Vida – Oriente Pereira – 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 Fliupe Peña Cortes, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Nº 24890437 expedida en Pereira y en mi calidad de beneficiario(a) del programa Centro Vida – O.P, del Adulto Mayor Doy fe, ante la Dirección Administrativa del programa, ante los demás beneficiarios de este, 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.

Para constancia se firma en Pereira Risaralda a los catorce (14) del mes de mayo 2025



No firma

Dirección Ad/tiva – Centro Vida – Oriente

Usuario(a) – Programa Centro Vida - Oriente

CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 24.890.437



Apellidos
PEÑA CORTES

Nombres
MARIA FLORIPE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.51	F

Fecha de nacimiento
14 NOV 1934

G.S
A+

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
14 OCT 1958, PEREIRA

Fecha de expiración
06 ABR 2032

Firma

002112732

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOLO021127324240O1<<<<<<<<<<<
3411148F3204061COL24890437<<<2
PENA<CORTES<<MARIA<FLORIPE<<<<

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: maria flonpe peña

N° Identificación:

Fecha	24/08/25	HOMBRE ☐	MUJER ☒	Jornada	Tarde

Tipo de usuario

Adulto Mayor	X	Madre Cabeza de Hogar	
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:

Gracias por su colaboración

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

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS – USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 29 M: 04 A: 2025	Maria Floripe Peña	Mariana Vargas López.

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR	
Abducción de hombro	3 3=6
Flexión de codo	2 2=4
Extensión de muñeca	3 3=6
MIEMBRO INFERIOR	
Flexión de cadera	2 2=4
Extensión de rodilla	2 2=4
Dorsiflexión de tobillo	2 2=4.
PUNTAJE TOTAL	28.

VALOR PARA CADA GRUPO MUSCULAR:

0. Sin contracción muscular
1. Vestigio de contracción muscular
2. Movimiento activo sin gravedad
3. Movimiento activo contra la gravedad
4. Movimiento activo contra la gravedad y la resistencia
5. Movimiento activo contra la gravedad y la resistencia máxima

ANALISIS APLICACIÓN DE LA PRUEBA:

Usuario tiene fuerza muscular moderadamente afectada, realiza movimientos activos pero sin resistencia. Se recomienda mejorar su fuerza muscular global para mejorar su desempeño en sus actividades de la vida diarra.

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
Mini-BESTest **"Evaluación de los Sistemas de Equilibrio"**		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 29 M: 04 A: 2025	Maria Flompe Peña	Mariana Vargas López

ANTICIPATORIO SUBPUNTUACIÓN: /6

1. SENTADO A DE PIE

Instrucción: "Cruce los brazos sobre el tórax". Intente no usar las manos salvo que lo necesite. No deje que sus piernasse apoyen contra el borde de la silla cuando esté de pie. Por favor, ahora póngase de pie.

- [x] **(2) Normal:** Se pone de pie sin usar las manos y se estabiliza independientemente.
- [ ] **(1) Moderado:** Se pone de pie USANDO sus manos en el primer intento.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz de ponerse de pie desde la silla sin ayuda de un asistente O precisa de varios intentos con la ayuda de sus manos.

2. PONERSE DE PUNTILLAS

Instrucción: "Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros. Coloque sus manos en sus caderas. Intente ponerse tan alto como pueda de puntillas. Contaré en voz alta hasta 3. Intente mantenerse en esa posición al menos 3 segundos. Mire al frente. Levante ahora."

- [ ] **(2) Normal:** Estable durante 3 segundos con la altura máxima.
- [x] **(1) Moderado:** Levanta los talones, pero no con el rango máximo (más pequeño que cuando se sujeta con las manos) o notable inestabilidad durante 3 s.
- [ ] **(0) Grave:** < 3 s.

3. APOYO MONOPODAL

Instrucción: "Mire al frente. Mantenga las manos en sus caderas. Póngase a la pata coja (levantando su pierna hacia atrás). No toque con su pierna elevada la pierna de apoyo. Permanezca sobre la pierna tanto como pueda. Mire al frente. Levante ahora."

IZDA: Tipo en S Prueba 1: Prueba 2:		DCHA: Tipo en S Prueba 1: Prueba 2:	
☐	**(2) Normal:** 20 s	☐	**(2) Normal:** 20 s
☑	**(1) Moderado:** < 20 s	☑	**(1) Moderado:** < 20 s
☐	**(0) Grave:** Incapaz	☐	**(0) Grave:** Incapaz

Para registrar cada lado por separado use la prueba de mayor duración. Para calcular la subpuntuación y la puntuación total use el lado [izdo. o dcho.] con la puntuación numérica más baja [el lado peor].