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: Carlos Monroy	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10065685
GRUPO: Azul - PM.	EVALUADO POR: Jhonn Felipe Agudelo R.
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 24 /	MES: Octubre / AÑO: 2025 /

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: D	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

Powered by CamScanner

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 9 **TOTAL** _____

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

ANALISIS: Usuario categorizado en independencia total para ejecutar actividades cotidianas. Requiere apoyo para manejo de celular y control de medicamentos.

JHONN FELIPE AGUDELO R.
NOMBRE PERSONA EVALUADORA

*cdtlos
FIRMA PERSONA EVALUADA

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

Powered by CamScanner

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
Carlos Monroy	10065685
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Azul - PM.	Jhonn Felipe Agudelo R.

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 24 / MES: Octubre / AÑO: 2025 /

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 = 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 = 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 = 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 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

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

Powered by CamScanner

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.
X = 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.
X = 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.
X = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ 5, ___ 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.
X = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ 5, ___ 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.
X = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ segundos

Powered by CamScanner

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.
X = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ segundos

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

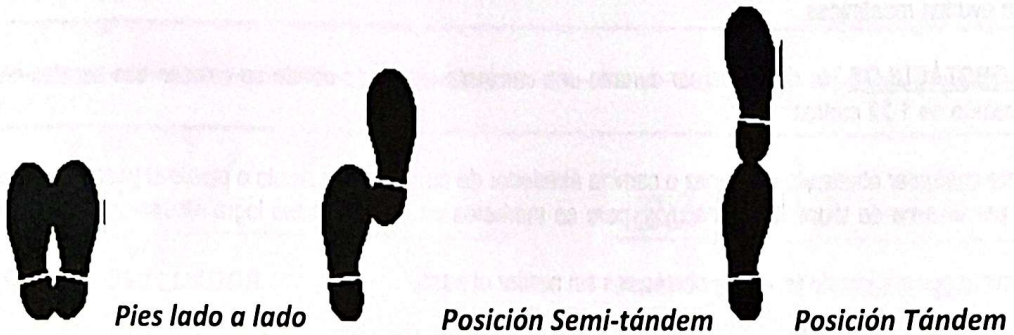
0 = incapaz o se tambalea.
1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
X = capaz y firme.

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

0 = incapaz.
X = capaz, pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ___ 1, 5 segundos

13. SE PARA EN LOS TALONES:

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



Pies lado a lado *Posición Semi-tándem* *Posición Tándem*

Powered by CamScanner

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.

Powered by CamScanner

Alcaldia 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. 8-9
3. La máxima puntuación para la subescala del equilibrio 16. 24-26
4. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas. 33-35
5. A mayor puntuación>>>menor riesgo

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuario con riesgo de caido bajo. Su equilibrio estatico es sobresaliente, solo se observan limitaciones para mantener posicion en puntas de pies y talones. Su marcha es correcta, solo con leves desviaciones en su trayectoria. Recomendacion AF general para mantener y mejorar condiciones actuales.

Puntuación obtenida 33 de 35.

FIRMA – EVALUADOR

carlos

FIRMA PERSONA EVALUADA

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

Powered by CamScanner

Alcaldia 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: 23 M: 10 A: 25	Carlos Monroy	Mariana Vargas L.

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR	Der	Izq
Abducción de hombro	5	5
Flexión de codo	4	4
Extensión de muñeca	4	4
MIEMBRO INFERIOR		
Flexión de cadera	4	4
Extensión de rodilla	4	4
Dorsiflexión de tobillo	4	4
PUNTAJE TOTAL	50.	

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:

Fuerza muscular global conservada. Fuerza muscular suficiente para realizar la mayoria de AVD sin ayuda. Refiere tener leve desviacion a nivel de la columna.

Scanned with CamScanner

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: 23 M: 10 A: 25	Carlos Monroy	Mariana Vargas L.

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. Intenteponerse 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."

- [x] **(2) Normal:** Estable durante 3 segundos con la altura máxima.
- [ ] **(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	
[x]	(1) Moderado: < 20 s		[x]	(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].

Scanned with CamScanner

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE

Instrucción: "Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros, brazos a los lados. Inclínese hacia delante apoyándose en mis manos más allá de sus límites anteriores. Cuando lo suelte haga lo que sea necesario, incluido dar un paso, para evitar una caída."

- [x] **(2) Normal:** Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [ ] **(1) Moderado:** usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** sin paso 0 podría caer si no fuera cogido 0 cae de manera espontánea.

5. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA ATRÁS

Instrucción: "Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros, brazos a los lados. Inclínese hacia detrás contra mis manos más allá de sus límites posteriores. Cuando lo suelte haga lo que sea necesario, incluido dar un paso, para evitar una caída."

- [ ] **(2) Normal:** Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [x] **(1) Moderado:** usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** sin paso 0 podría caer si no fuera cogido 0 cae de manera espontánea.

6. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- LATERAL

Instrucción: "De pie con los pies juntos, brazos a los lados. Inclínese hacia mi mano más allá de sus límites laterales. Cuando lo suelte, haga lo que sea necesario, incluido dar un paso, para evitar una caída."

Izquierda		Derecha	
[x]	**(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto	[x]	**(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto
[ ]	**(1) Moderado:** Varios pasos para recuperar el equilibrio	[ ]	**(1) Moderado:** Varios pasos para recuperar el equilibrio
[ ]	**(1) Grave:** Caída o no puede dar el paso	[ ]	**(0) Grave:** Caída o no puede dar el paso

Use el lado con la puntuación más baja para calcular la subpuntuación y la puntuación total.

Scanned with CamScanner

ORIENTACIÓN SENSORIAL SUBPUNTUACIÓN: /6

7. DE PIE (PIES JUNTOS); OJOS ABIERTOS, SUPERFICIE FIRME

Instrucción: "Coloque sus manos en sus caderas. Coloque sus pies juntos hasta que casi se toquen. Mire al frente. Permanezca tan estable como sea posible, hasta que yo diga que pare."

Tiempo en segundos:

- [x] **(2) Normal:** 30 s.
- [ ] **(1) Moderado:** < 30 s.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz.

8. DE PIE (PIES JUNTOS); OJOS CERRADOS, SUPERFICIE GOMAESPUMA

Instrucción: "Póngase en la gomaespuma. Coloque sus manos en las caderas. Coloque sus pies tan juntos que casi se toquen. Permanezca tan estable como sea posible, hasta que le diga que pare. Comenzaré a cronometrar cuando cierre susojos".

Tiempo en segundos:

- [x] **(2) Normal:** 30 s.
- [ ] **(1) Moderado:** < 30 s.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz.

9. INCLINADO - OJOS CERRADOS

Instrucción: "Sitúese en la rampa inclinada. Coloque los dedos de sus pies en la parte más elevada de la rampa. Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros y sus brazos abajo a ambos lados del cuerpo. Comenzaré a cronometrar cuando cierre sus ojos."

Tiempo en segundos:

- [x] **(2) Normal:** Bipedestación independiente 30 s y se alinea con la gravedad.
- [ ] **(1) Moderado:** Bipedestación independiente <30 s O se alinea con la superficie.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz.

MARCHA DINÁMICA SUBPUNTUACIÓN: /10

10. CAMBIO EN LA VELOCIDAD DE MARCHA

Instrucción: "Comience a caminar a su velocidad normal. Cuando le diga "más rápido", camine tan rápido como pueda. Cuan-do le diga "lento", camine muy lentamente."

- [x] **(2) Normal:** Cambios significativos en la velocidad de marcha sin desequilibrio.
- [ ] **(1) Moderado:** Incapaz de cambiar la velocidad de marcha o signos de desequilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz de realizar cambios significativos en la velocidad de marcha Y signos de desequilibrio.

Scanned with CamScanner

11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA – HORIZONTAL

Instrucción: "Comience caminando a su velocidad habitual. Cuando le diga "derecha", gire su cabeza y mire hacia la derecha.Cuando le diga "izquierda", gire su cabeza y mire hacia la izquierda. Intente mantenerse caminando en línea recta".

- [x] **(2) Normal:** realiza los giros de cabeza sin cambios en la velocidad de marcha y con buen equilibrio.
- [ ] **(1) Moderado:** realiza giros de cabeza con disminución de la velocidad de marcha.
- [ ] **(0) Grave:** realiza giros de cabeza con desequilibrio.

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

Instrucción: "Comience caminando a su velocidad habitual. Cuando le diga "gire y pare", dé la vuelta tan rápido como pueday pare. Después del giro sus pies deben estar próximos."

- [x] **(2) Normal:** gira con los pies próximos RÁPIDO (< 3 pasos) con buen equilibrio.
- [ ] **(1) Moderado:** Gira con los pies próximos DESPACIO (>4 pasos) con buen equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** No puede girar con los pies próximos a ninguna velocidad sin desequilibrio.

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

Instrucción: "Comience caminando a su velocidad habitual. Cuando le diga "a la caja", pase por encima de ella, no alrededory siga caminando".

- [x] (2) Normal: Capaz de pasar por encima de la caja con cambio mínimo en la velocidad de marcha y con buen equilibrio
- [ ] (1) Moderado: Pasos por encima de la caja, pero la toca O lo hace con prudencia enlenteciendo la marcha.
- [ ] (0) Grave: Incapaz de pasar por encima de la caja O pasos alrededor de la caja.

14. TEST UP & GO (TUG) (en español: "LEVANTARSE E IR") CRONOMETRADO CON DOBLE TAREA (MARCHA 3 METROS)

Instrucción TUG: "Cuando le diga "vaya", levántese de la silla, camine a su velocidad normal cruzando la cinta del suelo, dé la vuelta y siéntese en la silla".

Instrucción TUG con doble tarea: "Cuente hacia atrás de 3 en 3 comenzando en ... Cuando le diga "vaya", levántese de b silla, camine a su velocidad normal cruzando la cinta del suelo, dé la vuelta y siéntese en la silla. Continúe contando hacia atrás todo el tiempo."

TUG: 12,86 **segundos** **TUG doble tarea:** 17,99 **segundos**

- [x] **(2) Normal:** Sin cambios reseñables en sentarse, ponerse de pie o caminar mientras cuenta hacia atrás comparado con el TUG sin doble tarea.
- [ ] **(1) Moderado:** La tarea dual afecta al contar O al caminar (>10%) comparado con el TUG sin doble tarea.
- [ ] **(0) Grave:** Para de contar mientras camina O para de caminar mientras cuenta

Cuando puntúe el ítem 14, si la velocidad del sujeto se enlentece más del 10% entre el TUG sin y con tarea dual, la puntuación debería disminuir en un punto.

PUNTUACIÓN TOTAL: 26 /28

Scanned with CamScanner

COOPERATIVA MULTISER

WHODAS 2.0
Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0

36
Entrevista

AÑOS ESTUDIO: NO ESTUDIO DX: FECHA: 23 - 10 - 2025

NOMBRE: CARLOS MONRROY EDAD: 76 SEXO: M

Independiente _X__ Necesita Asistencia ____ Hospitalizada___

		Score 1	Score 2
Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación			
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos ?	2	
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	2	
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	0	
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo ?	2	
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	0	
D1.6	Comenzar y mantener una conversacion?	0	
	Domain Score	25%	0%
Dominio 2 MOVILIDAD, Capacidad para moverse a su alrededor (entorno) estaba sentado(a)			
D2.1	Estar de pie por largos periodos de tiempo como por ejemplo 30 minutos?	1	
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	0	
D2.3	Moverse dentro de su casa	0	
D2.4	Salir de su casa ?	0	
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro o algo equivalente?	1	
	Domain Score	10%	0%
Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO			
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse) ?	0	
D3.2	Vestirse ?	0	
D3.3	Comer?	0	
D3.4	Quedarse solo(a) durante unos días?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos			
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce ?	1	
D4.2	Mantener una amistad ?	0	
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted ?	0	
D4.4	Hacer nuevos amigos?	1	
D4.5	Relaciones sexuales	4	
	Domain Score	30%	0%
Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas			
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa ?	0	
D5.2	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	0	
D5.3	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	1	
D5.4	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer ?	0	
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario?	0	
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo?	0	
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	0	
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario ?	0	
	Domain Score	3%	0%
Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD			
D6.1	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) ?	2	

D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	1	
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	0	
D6.4	Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	0	
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud" ?	0	
D6.6	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud" ?	1	
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud?	1	
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	1	
	Domain Score	19%	0%
	Overall Score	14,48%	0,00%

PLEASE NOTE: When scoring WHODAS, the following numbers are assigned to responses:			
NINGUNO	**0 = No Difficulty**	**0 – 4 %**	**0 – 4 %**
LEVE	**1 = Mild Difficulty**	**5 – 26 %**	**5 – 26 %**
MODERADO	**2 = Moderate Difficulty**	**27 – 50 %**	**27 – 50 %**
SEVERO	**3 = Severe Difficulty**	**51 – 94 %**	**51 – 94 %**
EXTREMO	**4 = Extreme Difficulty or Cannot Do**	**95 – 100 %**	**95 – 100 %**

ANALISIS INDIVIDUAL

Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación

Presenta buena comprension en la comunicación, sin embargo tiene dificultades con la memoria a corto plazo

Dominio 2 MOVILIDAD, Capacidad para moverse a su alrededor (entorno) estaba sentado(a)

Es autonomo en su toma de decisiones e independiente en su movilidad, ejecuta las AVD-AIVD-AAVD, a su capacidad

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

Argumenta vivir solo, por lo cual debe realizar de forma independiente sus actividades de la AVD y de cuidado personal. Lo cual se evidencia en sus presentacion personal.

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

Se relaciona de manera facil con famila, amigos y vecinos, recien ingresa al programa Centro Vida. Argumenta ser de pocos amigos.

Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas

Argumenta realizar continuamente sus AVD, y actividades cotidianas

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

Las AAVD, son desarrolladas de manera sencilla. Argumenta tener buena relaciones interpersonales con familiares amigos. Manifiesta agrado en su ingreso al programa Centro Vida. Ademas asiste al grupo esporadicamnete a la iglesia catolica

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 14,48%/26,00% - DIFICULTAD LEVE

Preservar la FUNCIONALIDAD EN LOS DOMINIOS 6. Se recomienda incementar su participacion de las actividades sociales, de igual forma el participar activamente en las actividades de alfabetizacion y estimulacion cognitiva.

Nombre evaluador: LUIS ANTONIO CHALA JARAMILLO **Firma:**



Profesión: GERONTOLOGO - UNIQUINDIO - REG PROF 63/866/97 ISSQ

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº _____

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 22 MES 10 AÑO 2025.

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Carlos Monroy.

LUGAR DE NACIMIENTO: Pisao. FECHA: DIA 04 MES 11 AÑO 1948.

DIRECCIÓN: Calle 12 8-50.

TELÉFONO: 3207735010.

EDAD: 75 CATEGORÍA SISBEN: B5. DESPLAZADO NO EPS Sura.

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Leidy Ramirez.
DIRECCIÓN Remanso Manzana 25. TELEFONO 3136292337 - 3002605832.

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula ( ) -Sisben ( ) -Otro ( ) Cuál _____

Nombre del funcionario: _____

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
EVALUACION SOCIOECONOMICA (Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)		

OBJETIVOS: Identificar y Evaluar las condiciones de: Vulnerabilidad, Aislamiento o Carencia de Soporte Social del Adulto Mayor, en su calidad de potencial beneficiario del programa Centro Vida.

DATOS GENERALES

ENCUESTA No. _____

Fecha de Visita*: Día 23 / Mes Octubre / Año 2025 /

Quien atiende la visita*: ~~_____~~ / Parentesco * ~~_____~~ /

Nombre del Adulto Mayor * Carlos Moniy / C.C o C.E 10065685 /

Fecha de Nacimiento* Día 04 / Mes 11 / Año 1948 / Lugar de Nacimiento* Pijao, Quindio /

Edad al Momento de la Visita* 75 / Sexo* M / Tel Fijo o Celular 3207735010 / Tipo Sangre* O+ /

Municipio de Residencia* Pereira / Comuna *(*Dosquebradas y Pereira)* Centro /

Barrio* _____ / Dirección de Residencia* Cra 12 #8-50 /

EAPB* Sura / REGIMEN DE SALUD: Contributivo____/ Subsidiado X /

Excepción___/ No Asegurado___/ Especial___/ Otro cual: _____/ GRUPO SISBEN* B5 /

ETNIA (Fuente SISPRO)* Indígena__/ Afrocolombiano__/ Negro__/ Raizal__/ ROM__/ Mestizo X / LGBTI__/ Otro_/

Estado Civil (Fuente SISPRO)* Casado__/ Divorciado__/ Soltero (Separado) X / Unión Marital de Hecho___/

Viudo__/ Ocupación actual* ~~_____~~ / Ocupación anterior* ~~_____~~ /

Nivel académico* (Fuente SISPRO): Preescolar__/ Básica Primaria__/ Básica Secundaria__/ Media

Académica o Clásica__/ Media Técnica (bachillerato técnico) __/ Normalista__/ Técnica Profesional__/

Tecnológica__/ Profesional__/ Especialización___/ Maestría___/ Doctorado___/ Ninguno X /

Persona de contacto* Leidy Ramirez / Dirección* Remanso - manzana 25 /

Teléfonos o celular* 3136292337 / Parentesco * Sobrina /

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
EVALUACION SOCIOECONOMICA (Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

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

DISCAPACIDAD FISICA*: Monoplejía (Parálisis de una única extremidad) __/ Paraplejia (Afecta básicamente a piernas y pies) __/ Tetraplejia (Pérdida total de la capacidad de movimiento de las extremidades inferiores y en la pérdida total o parcial de la capacidad de movimiento de los miembros superiores.) ___/ Hemiplejia (Parálisis de la parte opuesta o contralateral a la dañada) ___/ Espina bífida (Malformación congénita en el tubo neuronal y la columna vertebral) ___/ Distrofia muscular (Provoca la presencia de un tono muscular débil que va perdiendo tejido con el tiempo) ___/ Parálisis cerebral (Condición médica crónica debida a problemas durante el desarrollo cerebral del feto o niño, que produce graves efectos en la motricidad) ___/ Amputación (La pérdida de extremidades o de partes del cuerpo) ___/ Ninguno___/

DISCAPACIDAD SENSORIAL*: (Fuente - Registro para la localización y caracterización de personas con Discapacidad) *: Movilidad ___/ Visual___/ Auditiva X / Piel - Pelo y Uñas ____/ Voz y Habla ____/ Sistémica___/ Talla Baja____/ Múltiple____/ Mental Psicosocial____/ Mental Cognitiva X / Gusto - Olfato y Tacto____/ Ninguno____/

DISCAPACIDAD MENTAL*: Trastorno Afectivo Bipolar____/ Trastorno Depresivo____/ Trastorno de Pánico__/ Trastorno Obsesivo Compulsivo____/ Fobias___/ Trastorno de estrés post traumático___/ Esquizofrenia__/ Trastorno límite de personalidad__/ Trastorno antisocial de la personalidad__/ Trastornos del sueño__/ Trastornos sexuales__/ Trastornos de la conducta alimentaria__/ Trastornos del control de los impulsos__/ Discapacidad intelectual/Retardo Mental__/ Síndrome Orgánico (demencia)___/ Ninguno____/

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD*: (Fuente - SISPRO y se anexa el valor Muy Mala)*:

Excelente____/ Muy Buena____/ Buena X / Regular_____/ Mala____/ Muy Mala____/

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1. COMPOSICIÓN FAMILIAR: (Fuente - SISPRO y se anexa el valor Amistad - Personas con quien convive) Padre, Madre, Hijo(s), Hija(s), Hermano(s), Hermana(s), Esposo o compañero, Esposa o compañera, Otros familiares hombres, Otras familiares mujeres, Persona remunerada para ayudarlo(a) no cualificada, Persona remunerada para ayudarlo(a) cualificada, Necesita ayuda pero no tiene quien le ayude, Amistad)

#	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION
1	Leidy Ramirez	32	Sobrina	Contratista
2				
3				
4				
5				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (Fuente SISPRO - FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

RED	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	X			
COMUNIDADES O GRUPOS RELIGIOSOS				X
REDES COMUNITARIAS O SOCIALES				X
INSTITUCIONES				X
VECINOS Y AMIGOS	X			
NO CUENTA CON REDES DE APOYO				

EVALUACION SOCIOECONOMICA

(Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)

3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

- PERTENECE A GRUPOS SOCIALES*: Grupos de Adultos Mayores___/ Voluntariado___/ Grupos de oración___/ Grupos de Participación Ciudadana___/ Otros - cuál? ___/ _____/

- ¿TIENE DIETA PRESCRITA? * (Criterio - Profesional de Nutrición – Secretaria Salud Departamental)

  DIETA: Hipo-Sódica (sin sal) ____/ Hipo-Glúcida (sin azúcar) ___/ Dieta Astringente (Problemas Gástricos - sin grasas - ni condimentos - ni color - ni bebidas oscuras - ni cítricos - ni lácteos) ____/ Dieta Proteica (Doble porción de proteína) ___/ Dieta Calórica (tenga algún dulce) ___/ Dieta Energética (arepas, papas) ___/ Dieta Líquida (Te, aromática antes de cirugía) ___/ Dieta Licuada (Pos-operatorio) _/ Dieta Blanda (Después del pos-operatorio) ___/ No tiene dieta prescrita X/ Otros Cual ?_____/ _____/

- ¿TIENE ALGÚN PLAN DE EJERCICIO FÍSICO DIRIGIDO? * (Criterio - Profesional en Ciencias del Deporte y la Recreación de la Secretaria de Salud Departamental).

  Actividad física Musicalizada _____/ Gimnasia Cerebral X___/ Sesiones de Fortalecimiento Muscular___/ Actividad Física Cardiovascular X___/ No cuenta con un plan de ejercicio prescrito___/

- REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN*:

  Recreación ____/ Cultura ____/ Artes ____/ Manualidades _____/ Ninguno X/ Otras: ___/ Cuáles: _____/ _____/

- DE INGRESAR AL PROGRAMA ¿QUÉ ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

manualidades

3.2. FACTORES DE RIESGO*:

Fuma: Si __/ No X/ Bebe: Si ___/ No X/ Sedentario: Si___/ No X /

Aislamiento Social: Si__/ No X/

4. RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA (Fuente SISPRO) *:

Del trabajo___/ De una renta___/ De un subsidio o ayudas del gobierno X/

De un subsidio o ayuda de particulares___/ De Ayudas familiares X/ Ninguna___/

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN*:

No alcanza a cubrir las necesidades básicas. _____

Cubre las necesidades básicas X

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 X/ NO ___/ Servicios Públicos: SI X/ NO ___/ Recreación: SI___/ NO X /

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
EVALUACION SOCIOECONOMICA (Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA (Fuente SISPRO y se agrega el valor "No cuenta con un lugar fijo donde vivir) *

Propia___/ Arrendada___/ Familiar X /

Usufructo u ocupación de hecho___/ No cuenta con un lugar fijo donde vivir____/

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN: *(Criterio - Profesional en Trabajo Social)

Calle de difícil acceso a la vivienda ____/ Escalas ____/ Pisos con desnivel ___/ Puertas ___/

Ventanas ___/ Baño incompleto___/ Divisiones ___/ Humedades ___/

Dormitorio aislado ___/ Dormitorio con otras funciones ___/ Dormitorio compartido___/

Iluminación y ventilación interna deficiente ___/ Vivienda en ruina ___/ Todas las anteriores ___/

Ninguna de las anteriores X / Otra Cual? _____/

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

CENTRO VIDA: SI X NO___

NOMBRE DE LA PERSONA QUIEN REALIZO LA EVALUACIÓN: Daniela Londoño Montoya /

PROFESION U OCUPACION: Trabajadora Social N° REGISTRO PROFESIONAL: 6024411 3A /

"El presente documento se debe diligenciar en atención al Artículo 6° - Ley 1276 de Enero 05 de 2009.
Tiene como objetivos: Identificar y Evaluar las condiciones de vulnerabilidad, aislamiento o carencia de soporte social de los Adultos Mayores encuestados, como potenciales usuarios o beneficiarios del programa de Atención Integral Centro Vida del Adulto Mayor".

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 Carlos	Apellidos Monroy
Documento de identidad 10065665	Expedida 11-Sept-1970 / 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 S	C	Sustancias psicoactivas		Soledad	
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	X

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 23 Mes 10 Año 2025

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Nombre Gerontólogo(a)

Nombre Psicólogo(a)

Firma

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
	HOJA DE VIDA – ADULTO MAYOR	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 05-2025

NOMBRES: Carlos

APELLIDOS: Monroy

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 04 / MES: Noviembre / AÑO: 1948

EDAD: 75 / SEXO M / CÉDULA DE CIUDADANIA: 10055685 / TIPO SANGRE: O+ /

ETNIA: MESTIZO: X / INDIGENA: __ / AFROCOLOMBIANO: __ / RAIZAL: __ / ROM: __ / N° _____

DIRECCIÓN: Cl 12 #8-50 / BARRIO: Centro /

COMUNA: Centro / VEREDA: /

TELEFONO FIJO: / CELULAR: 3207735010 / PLAN FUNERARIO: /

S.G.S.S.S: C: __ / S: X / V: __ / O: __ / E.A.P.B: Sura / GRUPO SISBEN B5 /

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Asa, atorvastatina, Omeprazol, Acetaminofem, trazodona sertralina /

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: __ / SOLO: X / OTRO: /

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Leidy Ramirez /

PARENTESCO: Sobrina / TEL FIJO: / TEL CELULAR: 3136202337

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: Gloria Clemenca Gonzalez /

DIRECCION: Cra 13 #2e-04 / TELEFONOS: 3127797748 /

CORREO ELECTRONICO: GloriaC612008@hotmail.com /

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

C.T.A.MULTISER	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 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 23 días del mes de 10 del año 2025.

Firma: Carlos

Nombre: Carlos

Identificación: 10.065685



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 Carlos Monroy, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Nº 1006568 S 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 veintitrés (23) del mes de octubre 2025

Dirección Ad/tiva – Centro Vida – Oriente

Carlos
Usuario(a) – Programa Centro Vida - Oriente