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: 23 /** **MES:10 /** **AÑO: 2025 /**

NOMBRES Y APELLIDOS: CARLOS MONROY/ **C.C: 10065685/**

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)***					X
2- Me satisface la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo – ***(PARTICIPACION)***					X
3- Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades – ***(AFECTO)***					X
4- Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza – ***(CRECIMIENTO)***					X
5- Me satisface como compartimos en mi familia. a) El tiempo para estar juntos; b) Los espacios en la casa; c) El dinero – ***(RESOLUCION)***					X

ANALISIS RESULTADO:

la usuaria obtiene un puntaje de 18 en el apgar familiar, reflejando una percepción favorable respecto a la dinámica familiar. no obstante, en la valoración cualitativa se observa que no posee una red de apoyo sólida, pues reside sola y carece de vínculos familiares cercanos, salvo la presencia ocasional de algunas sobrinas. se resalta la necesidad de fortalecer redes de apoyo comunitarias y sociales que le brinden acompañamiento

DANIELA LONDOÑO MONTOYA
PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL
N° 602441134

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**

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 DE LA FUNCION MINIMA DEL ESTADO MENTAL "MINIMENTAL TEST"

NOMBRE COMPLETO: Carlos Monroy	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10065685
GRUPO: PM	EVALUADO POR: mary Luz Arboleda
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 23 / MES: 10 /	AÑO: 2025

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año — 4
- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación — 5

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

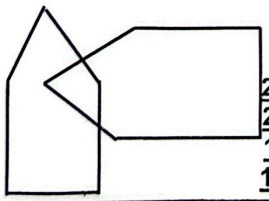
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 3

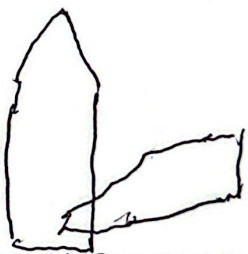
MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? — 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

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





27 - 30 – Normal – Adecuada Capacidad Cognitiva.
24 - 26 – Sospecha - Deterioro Cognitivo Leve.
12 - 23 – Deterioro Capacidad Cognitiva.
11 - 9 - Demencia - **Menos 5** – Fase Terminal.

29

"SIN DETERIORO COGNITIVO"

(NO CURSO NINGUN GRADO ESCOLAR, NO SABE LEER NI ESCRIBIR).

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

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

FECHA DE APLICACION:	DIA: 23	MES: 10	AÑO: 2025
NOMBRE COMPLETO: Carlos Munoz		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10065685	
GRUPO: PM		ENTREVISTADO POR: Mary Luz Arboleda	

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

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

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

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

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

FIRMA PROFESIONAL: _____

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

Alcaldía 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
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

FECHA DILIGENCIAMIENTO: DIA: 24 / MES: Octubre / AÑO: 2025 /

YO Carlos Monroy identificado(a) con cédula de ciudadanía número 10065.685., expedida en Pereira, residente en el municipio de Perejra Risaralda, con dirección: Cll 12 # 8-50: manifiesto que he sido informado(a) acerca de las diferentes actividades contempladas en la Canasta de Servicios (Ley 1276/2009 – Art 11 – Numeral 1 – 11), así: culturales, recreativas, deportivas, ocupacionales, trabajo asociativo, encuentros intergeneracionales, programadas por el CENTRO VIDA COMUNA ORIENTE; entiendo que estas actividades me proporcionan beneficios para la salud, bienestar y calidad de vida; al igual que la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas.

Por tal motivo me comprometo a cumplir con el Manual de Convivencia y Reglamento Interno socializado por el programa, el cual contempla mis derechos, así como mis deberes y entre ellos está el óptimo comportamiento y acatamiento de las instrucciones del equipo de trabajo que coordinan dichas actividades, lo anterior con la finalidad de eliminar y reducir todo riesgo al mínimo posible.

Doy mi consentimiento para mi participación en dichas actividades programadas y eximo al "PROGRAMA CENTRO VIDA – COMUNA ORIENTE PEREIRA R", de lo que pueda ir más allá de la atención prehospitalaria.

Nombres y Apellidos del Adulto Mayor: Carlos Monroy

Teléfonos de contacto: 3207735010. _____ _____

Nombre y Apellido (Familiar o Acudiente) Leydi Johana Ramirez

Teléfonos de contacto: 3136292331 3002605832 _____

Diana Dorley Galeano R.P. 1060586780

NOMBRES/APELLIDOS - TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
VALORACION DEL ESTADO DE SALUD		Versión: 1 Código: MGO-02-48 Vigencia: 03-2025

Fecha de valoración: 24 - Octubre - 2025

Nombre del paciente: Carlos Monroy

Identificación del Paciente: 10'065685 **Ocupación:** Ninguno

Fecha de Nacimiento: 04 - Nov - 1948 **Edad:** 76

- Quienes forman su hogar 1 Solo.
- Antecedentes Patológicos ACV - Brodicardia - dilatación de Ventrículo derecho - HTA - Pre-diabetico
- Discapacidad Mental Secuela ACV.
- Antecedentes Familiares Leucemia (Hermano
- Ultimo control médico 2 meses
- Ayudas técnicas: audífono — lentes SI Placa dentaria SI Muletas — Silla de ruedas — bastón — Prótesis — Marcapasos — Otro: ——
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol — tabaco — drogas — frecuencia: ——
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Trazodona - Sertralina.
Dosis: 1 1
Frecuencia —
¿Desde cuándo? ——
Nombre del medicamento Asa. - Atorvastatina
Dosis: 1 1
Frecuencia —
¿Desde cuándo? ——
Nombre del medicamento Omeprazol - Acetaminofen
Dosis: 1 1
Frecuencia —
¿Desde cuándo? ——

• SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD						
¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala __ Mala __ Regural X Buena __ Muy Buena __					
¿Por qué suele acudir al médico?	Controles de Salud					
¿Confía en las opiniones médicas?	SI					
• ANTECEDENTES PSICOSOCIALES						
PSICOLÓGICOS						
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI	X	NO		FRECUENCIA	
¿Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI		NO	X	FESCUENCIA	
¿Se diente apoyado y comprendido por su familia?	SI	X	NO		¿POR QUÉ?	
FAMILIARES						
¿Cómo es la relación con las personas con que vive?	Solo					
¿Cómo es la relación con sus hijos?	No tiene					
¿Mantiene contacto con otros familiares?	SI					
¿Participa de reuniones familiares?	SI					
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares?	SI					

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
VALORACION DEL ESTADO DE SALUD		Versión: 1 Código: MGO-02-48 Vigencia: 03-2025

SOCIALES

¿Tiene amigos?	Si
¿Con que frecuencia comparte con ellos?	Si
¿Hace parte de algún grupo?	NO

- **SEXUALIDAD**

MUJER	HOMBRE
¿tiene vida sexual activa? Si___ No X	¿tiene vida sexual activa? Si___ No X
Ultima menstruación _____	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si___ No X
Ultima citología _____	¿Presenta secreciones inusuales? Si___ No X
¿Se practica examen de seno? Si__ No__ Por qué _____	¿Se ha realizado examen de próstata? Si__ No X Por qué _____

- **ELIMINACIÓN**

¿Presenta dificultad para orinar? Si__ No X	¿Presenta dificultad al defecar? Si__ No X
¿Con que frecuencia orina? Normal	¿Con que frecuencia realiza deposición? 1
¿Despierta en la noche para orinar? Si X No__ A veces___	¿Salida involuntaira? Si__ No X A veces___
¿Color inusual? Si X No__ cual Amarillo ¿Olor inusual? Si X No__ cual A Veces.	¿ultiza ayudas para defecar? Si__ No X A veces___ Cual _____
¿Presenta retención de la orina? Si__ No X A veces___	
¿Salida involuntaria de la orina? Si__ No X A veces___	
¿Presenta dolor al orinar? Si__ No X A veces___	

• SUEÑO	• ACTIVIDAD FISICA
¿Cuántas horas duerme? 8 1/2 horas	¿Presenta fatiga? Si__ No X ¿con que actividad? _____
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? NO	¿Presenta dolor en el tórax? Si__ No X ¿Cuándo? _____
¿sufre de insomnio? NO	¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si X No__ ¿Cuándo? _____

- **SIGNOS VITALES**

Frecuencia cardiaca	64	Frecuencia respiratoria	20	Presión arterial	94/71

- **NIVEL DE MOVILIDAD**

Completamente inmóvil _____	Ligeramente limitado _____
Muy limitado _____	No requiere ayuda X

- **CAÍDAS**

Teme usted caerse si X no —

Ha presentado caídas en el último año si— no — cuántas —

Lugar de la caída: dentro de la casa — fuera de la casa —

Causa de la caida: ¿se tropezó? — ¿se mareó? — ¿se deslizó? —

Tiempo en segundos de permanencia en el piso —

Necesitó ayuda para levantarse si — no —

A consecuencia de una caída tuvo que consultar si— no— lugar de la consulta —

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
VALORACION DEL ESTADO DE SALUD		Versión: 1 Código: MGO-02-48 Vigencia: 03-2025

OBSERVACIONES: Usuario tranquilo, Colaborador, Respetuoso, Con buen estado de salud buenas apariencias fisicas y de higiene.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN: Usuario con dx de ACV cerebeloso con Secuelas de alteración de la memoria reciente - Bradicardia - Lumbago y dilatacion de ventriculo derecho con tratamiento farmacologico oral al dia segun Historia clinica y referido por el usuario tiene perdida de memoria por instantes no refiere ningun Sintoma de alarma en su Vida Cotidiana..

Se realizara seguimiento de Signos Vitales 1 Vez por area de enFermeria.

Nombres y Apellidos de quien realiza: Diana Surley Gaitano R.

Cargo: Aux. Enfermeria

Firma: Diana S. Gaitano.

Firma o huella paciente: CC TIDS

Powered by CamScanner

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

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

NOMBRES – APELLIDOS: Carlos Monroy /

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

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

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	
CUESTIONARIO PARA LA PRACTICA DE LA ACTIVIDAD FISICA PAR-Q		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

INTERPRETACION

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

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

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

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

ANALISIS DEL RESULTADO: Una o mas respuestas afirmativas indica que la usuaria puede tener una condicion de salud que requiere evaluacion medica previa antes de realizar alguna actividad fisica. Esto no significa que no pueda hacer ejercicio sino que se necesita mayor precaucion y orientacion profesional

Diana Sorley Galeano R.
FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

CARLOS
FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

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

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-37 Versión: 01 Fecha: 22/10/2024

Nombre del adulto: Carlos Monroy

EAPB: Sura

N° identificación del adulto: 10'065.685

Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Calle 12 N: 8-50 Centro

Cel: 320 7735 010

T/A: tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SAT02: Saturacion de oxigeno FR: Frecuencia respiratoria x min T°C°: Temperatura (°c)

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
24-10-25	14+10	94/71	64	97	20	35.7	T. Signos Vitales Valoracion Inicial	Aux. Diana G

Powered by CS CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

FORMATO – NOTAS DE ENFERMERIA

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO(A): Carlos Monroy	
CEDULA: 10' 065 685.	**EDAD:** 76 años
DIRECCION RESIDENCIA: Calle 12' N°8-50 Centro.	**TELEFONOS:**
EAPB: Sura	**GRUPO:** Azul **JORNADA:** Tarde

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
24-10-25 14+10	Usuario CVO de 76 años Quien es Valorado su estado de salud por el area de enfermeria para inicio en el Programa de adulto mayor Centro Vida Oriente Usuario que Presenta confusion y dificultad para recordar en el momento de la Valoración se encontro orientado en Persona tiempo y lugar aunque muestra desorientacion temporal en ocaciones a la Valoracion de examen cefalocaudal Presenta cabeza y Cuello sin deformidades Visibles, simetrica y adecuada Cara geometrica, ojos y pupilas isocoricas con movimientos oculares infactos Oidos y Pabellones auriculares sin secreciones y audicion conservada Boca sin dificultad de movimiento y articulacion de Palabra. con palpacion fremito sin dolor Torax. con sonidos respiratorios normales abdomen Plano y simetrico sin distension sin dolor a la Palpacion con ruidos intestinales Presentes Extremidades Superiores e inferiores con normalidad al movimiento y desplazamiento sin ayuda alguna. Se Valoran Signos Vitales los cuales estan entre un Parametro normal.	Aux Diana Galeano

Powered by CamScanner

El campo es de todos — Minagricultura

FORMATO

REGISTRO TAMIZAJE DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Version. 1
FO3-GU-GTH-05
FECHA EDICIÓN
18-06-2021

ENTIDADES QUE REALIZAN EL TAMIZAJE: Centro Vida Oriente

NOMBRE (S) DE QUIENES REALIZAN EL TAMIZAJE: Aux. Diana Galeano

INFORMACION PERSONAL BASICA							TAMIZAJE									HABITOS PERSONALES						ANTECEDENTES PERSONALES							ANTECEDENTES FAMILIARES CARDIOVASCULAR				
FECHA	DOCUMENTO IDENTIDAD	NOMBRE	FUNCIONARIO	CONTRATISTA	EDAD	CARGO	PESO	ESTATURA	TENSION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	GLUCOMETRIA	PERIMETRO CINTURA	PERIMETRO CADERA	PERIMETRO CUELLO	PERIMETRO CUERPO	FUMA SI / NO	FUMA No DIA	TOMA SI / NO	TOMA No VECES MES	HACE EJERCICIO SI / NO	SI HACE EJERCICIO No VECES SEMANA	HTA	DIABETES	IAM	ICC	DISLIPIDEMIA	AVC TIEMPO	TRATAMIENTO PARA EL TIEMPO DE LA PREGUNTA	Padre, Abuelo o hermano mayores de 55 (Hombres)	Madre, Abuela o hermana mayores de 65 (mujeres)	TIMBRE	CLASIFICACION RIESGO CARDIOVASCULAR
24-10-21	1006568	Carlos Monroy			76		59	1.66	94/11	64																						31

HTA: hipertensión Arterial ICC: Insuficiencia Cardiaca Congestiva IAM: Infarto Agudo de Miocardio

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 22/10/2025

Ficha: 66001019561400000190

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARLOS

Apellidos: MONROY

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10065685

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/09/2019

Última actualización ciudadano: 03/06/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	10065685
NOMBRES	CARLOS
APELLIDOS	MONROY
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/22/2025 15:08:13	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.065.685

MONROY

APELLIDOS

CARLOS

NOMBRES

CARLOS MONROY

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1948

PIJAO
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

11-SEP-1970 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00121443-M-0010065685-20081104 0005252116A 1 28505703