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	10062732
NOMBRES	LUIS ARTURO
APELLIDOS	RUIZ VILLADA
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	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	02/02/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/14/2025 16:17:58	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.062.732**

RUIZ VILLADA

APELLIDOS

LUIS ARTURO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-AGO-1946**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **B+** G.S RH | **M** SEXO

06-JUN-1969 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2400100-00063052-M-0010062732-20060902 0002911529A 1 4560000547

Powered by CamScanner

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 28 MES 09 AÑO 2025

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Luz Arturo Ruiz villada

LUGAR DE NACIMIENTO: Pereira FECHA: DIA 19 MES Agos AÑO 1946

DIRECCIÓN: M2 2 CS 6, los margaritas 2

TELÉFONO: 3106616621

EDAD: 79 CATEGORÍA SISBEN: A5 DESPLAZADO _____ EPS Asmet Salud

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Alba Ligia Giraldo
DIRECCIÓN M2 2 CS 6 Los margaritas
TELEFONO 3137791086

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

__

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

_____

Nombre del funcionario: Daniela Londoño Montoya

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: DÍA 28 / MES Abril / AÑO 2025 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Luis Arturo R PARENTESCO ____/

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Luis Arturo Ruiz C.C 10062732 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 19 / M 08 / A 1946 / Pereira / EDAD 79 / SEXO M /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA M2 2 Cs 6 | margarita 3 2 / BARRIO villasantana /

EPS Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN A5 / TIPO SANGRE B+ /

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

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

COMUNA _____/ TELEFONO FIJO _____/ CELULAR _____/

OCUPACION: ACTUAL No labora / ANTERIOR Conductor /

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

CUÁL: _____ _____/ NINGUNO: ____/

PERSONA DE CONTACTO Alba Ligia Giraldo /

DIRECCION M2 2 Cs 6 TELÉFONO 3137791006 PERENTESCO Esposa /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL ___/ OTRAS CUALES: Hipertension /

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

AFECTACION MENTAL: ESTRÉS X / ANSIEDAD___/ DEPRESION ___/ DEMENCIA___/
OTRAS ___/ CUALES: _____/

AUTOPERCEPCION DE LA SALUD: MUY BUENA__/ BUENA__/ REGULAR__/ MALA X / MUY MALA__/

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICION FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION
1	Alba ligia Giraldo	69	Pareja	No labora
2	Wilmar Ruiz Giraldo	Si	hijo	Conductor

3	Geovanny Ruiz Giraldo	30	HIJO	conductor
4	Alexander Ruiz Giraldo	49	HIJO	Conductor
5	Jennifer Ruiz Giraldo	38	HIJO	Asesora Comercial
6	willington Ruiz	36	HIJO	conductor

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

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

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?

Hacer ejercicio y fortalecimientos /

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___/

FAMILIARES ____/ SUBSIDIO DEL ESTADO X / AMIGOS ___/ VECINOS ____/

OTROS CUÁLES? _____/

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 __/ NO X / RECREACIÓN: SI __/ NO __/

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA X / FAMILIAR___/ 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 X / PISOS CON DESNIVEL ___/

PUERTAS ___/ VENTANAS ___/ BAÑO INCOMPLETO___/ DIVISIONES X /

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: Daniela Londoño Montoya /

PROFESION: Trabajadora Social / N° REGISTRO PROFESIONAL: 602441134

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 Luis Arturo	Apellidos Ruiz Villada
Documento de identidad 10062732	Expedida 06/Jun/1960

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 S	B	C	Sustancias psicoactivas		Soledad	
Edad superior o igual a 55 años			✓	Abandono familiar		Sedentarismo	X
Ingresos económicos 1smlv	X			Violencia intrafamiliar		Tabaco	
Disponibilidad de tiempo	Si ✓		No	Signos de desnutrición		Ninguno	

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

Se le aprueba X O se le niega _____ el cupo, a partir de la fecha: Día 28 Mes 04 Año 2025

Firma

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Nombre Gerontólogo(a)

Ana Cristina Bedoya
Nombre Psicólogo(a)

Cristina Bedoya

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: Luis

SEGUNDO NOMBRE: Arturo

PRIMER APELLIDO: Ruiz

SEGUNDO APELLIDO: Villada

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

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

Fecha de Nacimiento: 19/agost/1946

No. Documento 10062732

RANGO DE EDAD:

			AÑOS CUMPLIDOS
1	X	MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)	79
2		MAYOR DE 55 AÑOS	

SEXO:

1		HOMBRE
2		MUJER
3		LGBTI

DATOS SISBEN:

Esta

			PUNTAJE
1	X	SI	A5
2		NO	

ESTADO CIVIL:

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

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

						CUAL
1	X	SI	1		CONTRIBUTIVA	Asmet Salud
2		NO	2	X	SUBSIDIADA	

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

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

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

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

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

1 [ ] SI ¿CUÁL(ES)? 1 _____

2 _____

2 [X] NO

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

1 [X] SI [X] GOBIERNO [ ] SECTOR PRIVADO 2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Colombia Mayor

2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Ejercicio para fortalecer

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

1 [ ] RURAL: VEREDA:

NOMBRE DE LA FINCA:

2 [ ] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: M2 2 CS 6

BARRIO: Las margaritas

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: 3137791006 EMAIL:

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Alba Ligia Giraldo PARENTESCO: Esposa

TELÉFONO DE CONTACTO: 3137791006

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

Busca apoyo. Disfruta mucho estar aca

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Daniela londoño M.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
28	04	2023

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

NOMBRES: Luis Arturo

APELLIDOS: Ruiz Villada

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 19 / MES: Agosto / AÑO: 1946

EDAD: 79 / SEXO M / CÉDULA DE CIUDADANIA: 10062732 / TIPO SANGRE: ___/

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: M2 2 Cs 6 / BARRIO: las Margaritas /

COMUNA: Villasantana / VEREDA: ___/

TELEFONO FIJO: ___/ CELULAR: 3137791006 / PLAN FUNERARIO: ___/

S.G.S.S.S: C: __/ S: x / V: __/ O: __/ E.P.S: Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN A5 /

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: ___/

ALERGIA A MEDICAMENTOS: ___/

DISCAPACIDADES: FÍSICA: ___/ MENTAL: ___/ SENSORIAL: X / MULTIPLE: Cual ___/

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

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

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

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

CONVIVENCIA: PAREJA: X / FAMILIA: ___/ SOLO: ___/ OTRO: ___/

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Alba Ligia Giraldo /

PARENTESCO: Esposa / TEL FIJO: ___/ TEL CELULAR: 3137791006

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: ___/

DIRECCION: ___/ TELEFONOS: ___/

CORREO ELECTRONICO: ___/

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 29 días del mes de 04 del año 2025.

Firma: _____

Nombre: Luis Arturo Ruiz

Identificación: CC 10062732



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

FAMILY APGAR

FECHA DE EVALUACION: DIA: 28 / MES: Abril / AÑO: 2025 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Arturo Ruiz / C.C: 10062734

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:

Presenta disfunción familiar leve, indica necesidad de brindarle atención a la dinamica familiar, se observa vinculos funcionales pero también tensiones de convivencia que afectan el bienestar emocional

Daniela Londoño Montoya

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO

TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N°6024411 34

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

FORMATO – NOTAS DE ENFERMERIA

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO(A): Luis Arturo Ruiz Villada
CEDULA: 10' 062.732 | EDAD: 79 años
DIRECCION RESIDENCIA: Mz 2 Casa 6 Margaritas 2 | TELEFONOS:
EAPB: Asmet Salud. | GRUPO: Rojo | JORNADA: Mañana – P.M

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
03-07-25 09:30	Usuario Centro Vida Luis Arturo Ruiz Jornada Mañana quien se le Valoran Signos Vitales que se encuentran entre los Parametros normales.	Diana G.
21-07 2025	Usuario se dirije por sus propios medios a enfermeria para valoracion de signos vitales especialmente Glucometria para evidencia a Familiar. al momento estables. //	Sandra M. Flavio B. 42.159.996
04-08-25	Usuario Se valoran signos Vitales estables en el momento de la valoración. //	Diana G.
03-10-25	Usuario Centro Vida Oriente quien se acerca al area de enfermeria Para toma de signos Vitales que se hace Por seguimiento de dos veces al mes se realiza el dia 03-10- Con un resultado alto el Usuario no se esta tomando los medicamentos el losartan y el anlodipino no recuerda hace Cuanto no se toma el medicamento Se hace seguimiento Por area de enfermeria Con toma de signos Vitales.	Diana G

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

FORMATO – NOTAS DE ENFERMERIA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO(A): Luis Arturo Ruiz Villada
CEDULA: 10' 062.732 EDAD: 79 años
DIRECCION RESIDENCIA: Mz 2 Casa 6 Margaritas 2 TELEFONOS:
EAPB: Asmet Salud. GRUPO: Rojo JORNADA: Mañana

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
03-07-25 09:30	Usuario Centro Vida Luis Arturo Ruiz Jornada Mañana quien se le Valoran Signos Vitales que se encuentran entre los Parametros normales..	Diana G.

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Luis Arturo Ruiz Villada. EAPB: Asmet salud.

N° identificación del adulto: 10.062732 Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz 2 Cs 6 Las Margaritas. Cel: 3137791006.

T/A: tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SATO2: 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 RESPONSABLI
16-06-25	10:30	140/80	64 x'	95	20 x'	35.1	Valoración inicial	Sandra Ibarra
03-07-25	09:30	128/94	66 x'	97	20 x'	35.8	Toma Signos V. tales	Diana S Galeano

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Luis Arturo Ruiz Villada. EAPB: Asmet salud.

N° identificación del adulto: 10.062732 Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz 2 Cs 6 Las Margaritas. Cel: 3137791006.

T/A: tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SATO2: Saturación de oxigeno FR: Frecuencia respiratoria x min T°C°: Temperatura (°c)

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O_2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
16-08-25	10:30	140/80	64 X	95	20 X'	35.1	Valoración inicial	Sandra Ibar
03-07-25	09:30	128/94	66 *	97	20 X'	35.8	Toma Signos Vitales	Diana S Galeano
04-08-25	16:30	135/95	65 X'	95	18 XX	35.2	Toma signos vitales	Diana G.
22-09-25	15:07	146/70	59	92	18	36.1	T. Signos Vitales	Diana G
26-09-2025	15:00	142/40	56	42	16	35.2	T. Signos Vitales	
03-10-25	16:13	107/83	65	93	17	35.2	Toma S Vitales	Diana Galeano
28/10/25	13:15	127/72	68	95	18	.	Toma S. Vitales	Diana Galeano

Powered by CamScanner

Alcaldia de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
EVALUACION DE LA FUNCION MINIMA DEL ESTADO MENTAL "MINIMENTAL TEST"		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO Luis Arturo Ruiz villada	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 10062732.
GRUPO Rojo	EVALUADO POR: Cristina Bueno
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 28 / MES: Abril /	AÑO: 2025 /

ORIENTACIÓN

· Dígame el día, fecha, mes, estación, año — 5/5

· Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación — 5/5

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

· Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 5/5

· Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 3/3

MEMORIA

· ¿Recuerda las tres palabras de antes? — 3/3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

· Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj — 2/2

· Repita esta frase: En un trigal había cinco perros — 1/1

· Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?
¿Qué son el rojo y el verde? — 2/2

· ¿Que son un perro y un gato? — 3/3

· Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa — 1/1

Deterioro Moderado

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
16	mayo	2025

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Luis Arturo Ruiz
DOCUMENTO	10062732
GRUPO	Rojo

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		2		4	5			8			11

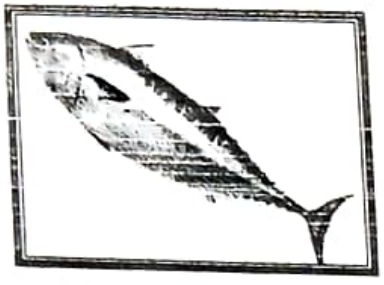
4. Resuelve las Operaciones.

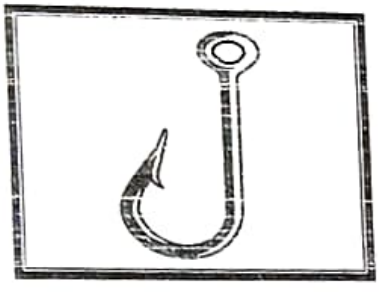
7 +2	17 +39	9 -3	51 -35

5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

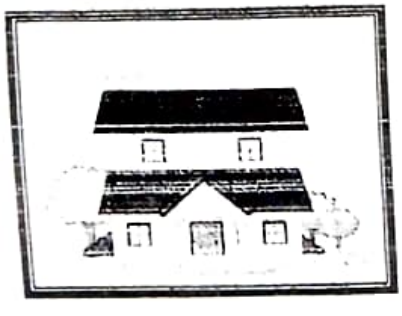
13	68	4	19	25	11	5	7	46	34

6. UNA CON LÍNEAS LAS PALABRAS Y LAS IMÁGENES.









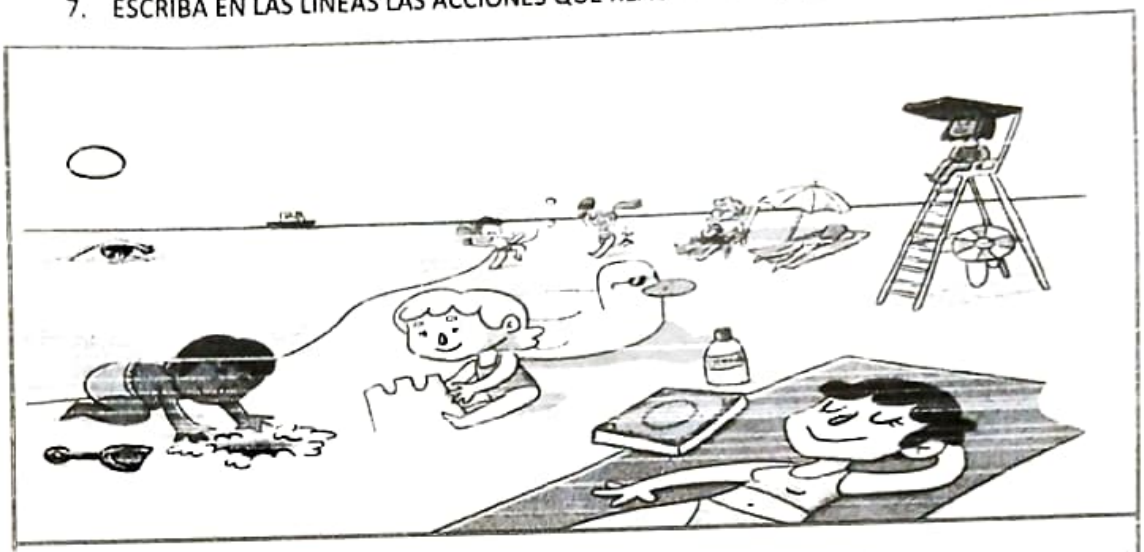
ESTATUA

CASA

PESCADO

ANZUELO

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



8. Julio tenía $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 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
16	mayo	2025

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Luis Arturo Ruiz
DOCUMENTO	10062732
GRUPO	Rojo

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		2		4	5			8			11

4. Resuelve las Operaciones.

7 +2 _____	17 +39 _____	9 -3 _____	51 -35 _____

5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

13	68	4	19	25	11	5	7	46	34

Alcaldía de PEREIRA	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**

FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	**MES**	**AÑO**
16	Mayo	2025

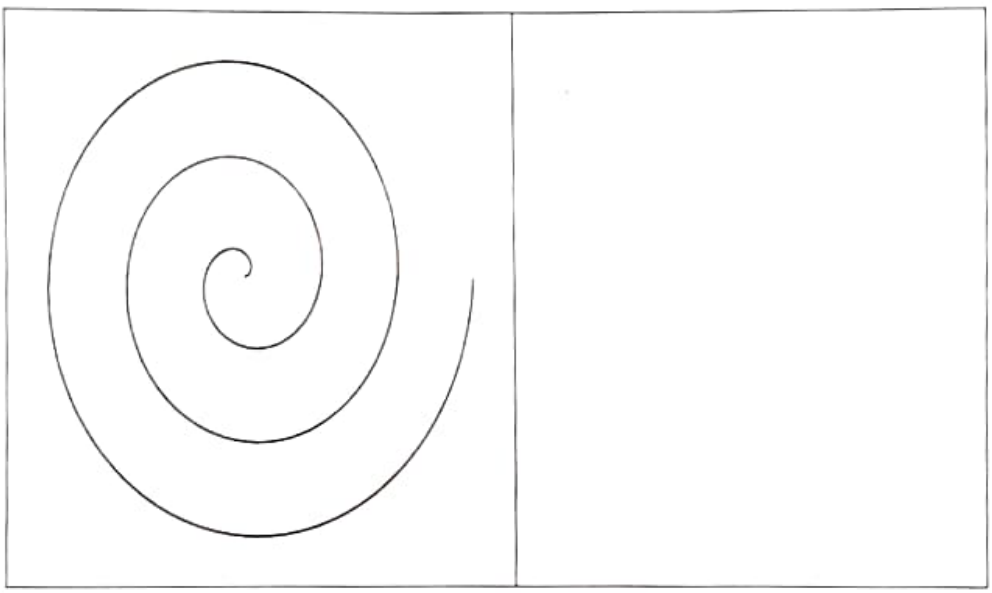
PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Luis Arturo Ruiz
DOCUMENTO	10062732
GRUPO	Rojo

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 circulo

2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.



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

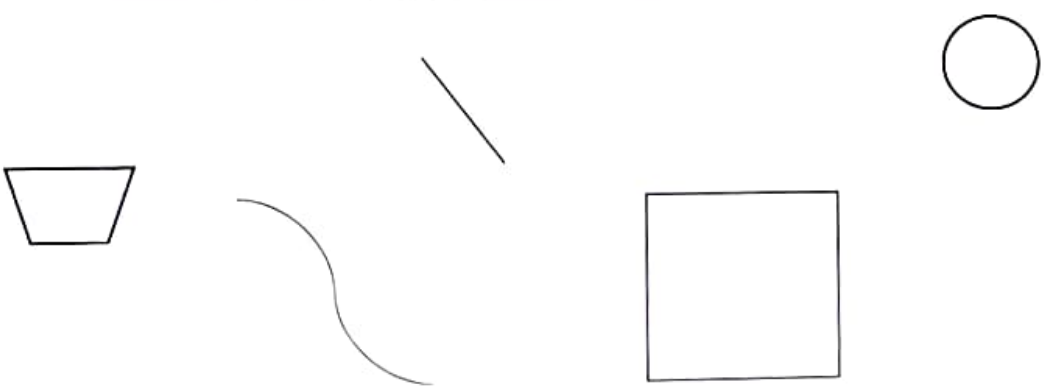
Periódico

_____
_____
_____

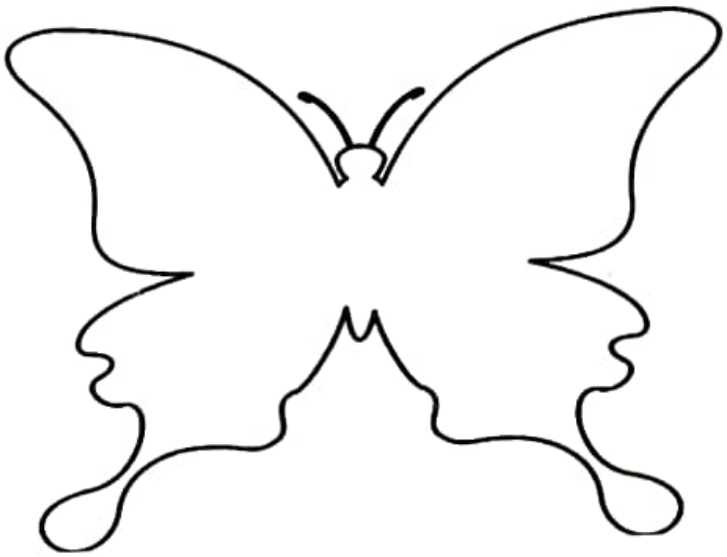
botella plástica

_____
_____
_____

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
Claudia Patricia Corrales Villa Andrea Arias Duque	Claudia Corrales. Andrea Arias
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	16 mayo 2025

NOTAS Y OBSERVACIONES:

El usuario no presenta la prueba debido a baja visión.

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

AM ESCALA DE FUERZA MUSCULAR - MRC	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 26 M: 05 A: 2025	Luis Arturo Ruiz	Mariana Vargas López

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR		
Abducción de hombro	3	3 = 6
Flexión de codo	3	3 = 6
Extensión de muñeca	3	3 = 6
MIEMBRO INFERIOR		
Flexión de cadera	3	3 = 6
Extensión de rodilla	2	2 = 4
Dorsiflexión de tobillo	3	3 = 6
PUNTAJE TOTAL		34

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 suficiente para realizar la mayoria de AVD sin ayuda, aunque limitaciones en esfuerzos intensos, mayor independencia funcional, pero con posible lentitud o fatiga

Powered by 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: 26 M: 05 A: 2025	Luis Arturo Ruiz	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. 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."

- [ ] **(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.
- [x] **(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].

Powered by 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."

- [ ] **(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.
- [x] **(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	
☐	**(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto	☐	**(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.

Powered by 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:

- [ ] **(2) Normal:** 30 s.
- [x] **(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:

- [ ] **(2) Normal:** 30 s.
- [x] **(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:

- [ ] **(2) Normal:** Bipedestación independiente 30 s y se alinea con la gravedad.
- [x] **(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."

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

Powered by 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".

- [ ] **(2) Normal:** realiza los giros de cabeza sin cambios en la velocidad de marcha y con buen equilibrio.
- [x] **(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."

- [ ] **(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.
- [x] **(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".

- [ ] (2) Normal: Capaz de pasar por encima de la caja con cambio mínimo en la velocidad de marcha y con buen equilibrio
- [x] (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: 10,38 **segundos** **TUG doble tarea:** 20,31 **segundos**

- [ ] **(2) Normal:** Sin cambios reseñables en sentarse, ponerse de pie o caminar mientras cuenta hacia atrás comparado con el TUG sin doble tarea.
- [x] **(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: 13 /28

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

NOMBRE COMPLETO Luis Arturo Ruiz	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 10062732
GRUPO Rojo - a.m.	EVALUADO POR Jhon Felipe Agudelo
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 08 / MES: mayo /	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: D	I A D Puntuación:	PREPARACION DE LA COMIDA	I= Organiza, prepara y sirve los alimentos adecuadamente y con independencia A=Callenta, 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

Alcaldia 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

IAD Puntuación: I	IAD 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
IAD Puntuación: I	IAD 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 8 **TOTAL** _____

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

ANALISIS: Usuario con independencia general en sus actividades cotidianas, presenta dependencia para realizar llamadas y preparar comida.

Jhonn Felipe Aguirre
NOMBRE PERSONA EVALUADORA

Luz Interano Ruiz
FIRMA PERSONA EVALUADA

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**
Luis Arturo Ruiz	10062732
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Rojo - AM	Shan Felipe Agudelo

FECHA DE APLICACIÓN: **DIA:** 08 / **MES:** Mayo / **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 , 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.
X = 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:

X = 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: 0 1 , 7 segundos

8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:

X = 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: 0 2 , 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 , 2 segundos

Powered by CamScanner

10. POSICIÓN TÁNDEM:

X= 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: 0 0 , 0 segundos

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

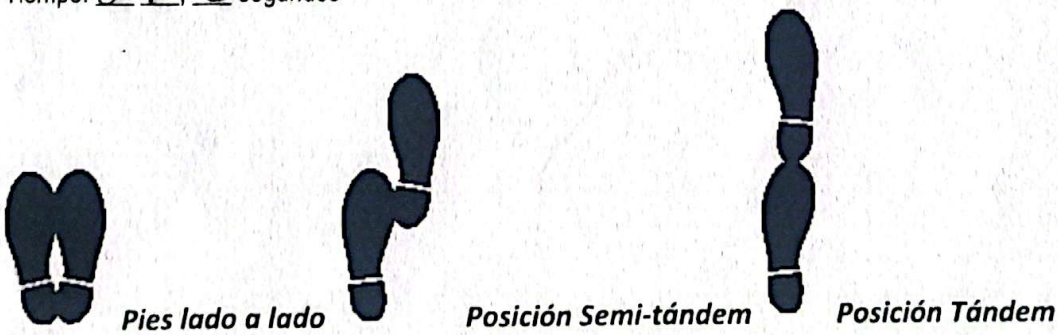
0 = incapaz **o** se tambalea.
1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
X= capaz y firme.

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

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

13. SE PARA EN LOS TALONES:

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

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

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

X = 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.
X = 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):

X = 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.
3. La máxima puntuación para la subescala del equilibrio 16.
4. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas.
5. A mayor puntuación>>>menor riesgo

2/9
17/26
19/35

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuario categorizado en riesgo alto de caida, presenta limitaciones en equilibrio estatico, se evidencian desviaciones y tambaleos, se le dificulta mantener el equilibrio. Su marcha tambien presenta dificultades, incapacidad de caminar sobre objetos

Puntuacion general 19 de 35

FIRMA – EVALUADOR

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

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 14/05/2025

Ficha: 66001043562700000048

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS ARTURO

Apellidos: RUIZ VILLADA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10062732

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/10/2019

Última actualización ciudadano: 08/10/2019

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

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: RUIZ Nombre: LUIS ARTURO

Sexo: M Edad: 78 Peso, kg: 55 Altura, cm: 1,68 Fecha: 13/5/25

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

Cribaje

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

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

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

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

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 → 1

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos) → 00

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 → 0

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

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 síes
0.5 = 2 síes
1.0 = 3 síes → 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) → 13.☐
Cribaje → 06☐
Evaluación global (máx. 30 puntos) → 19☐

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos ☐
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

Scanned with CamScanner

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

ESCALA DEPRESION GERIATRICA – YESAVAGE

FECHA DE APLICACION: DIA: 28 / MES: 04 / AÑO: 2024 /

NOMBRE COMPLETO: Luis Alirio Ruiz Ulcue	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10062732
GRUPO: Rojo	ENTREVISTADO POR: Cristina Bueno L

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**.	4
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: Cristina Bueno L.

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