SOLICITUD DE CUPO No. 42056952

FECHA SOLICITUD: DIA: 23 MES: 09 AÑO: 2025

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR: Alba Lucia Ortiz CC: 42056952

LUGAR DE NACIMIENTO Fredonia FECHA: DIA 05 MES 03 AÑO 1959

DIRECCIÓN: Mz 14 Casa 22 Torio

TELÉFONO: 3246102313

EDAD: 66 CATEGORIA SISBEN B1 DESPLAZADO SI EPS Asmetsalud

RH A+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Laidy Johana Ortiz.
DIRECCIÓN: Mz 14 Casa 25 Torio TELÉFONO: 3117010943

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: **Cédula** (X) **SISBEN** (X) **OTRO** (X) **Cuál** _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: _____

Alcaldía 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

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 04 / Mes septiembre / Año 2025 /

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

Nombre del Adulto Mayor * Alba Lucia Ortiz / C.C o C.E 42056952 /

Fecha de Nacimiento* Día 05/ Mes 03/ Año 1959 Lugar de Nacimiento* Fadonia /

Edad al Momento de la Visita* 66 / Sexo* F / Tel Fijo o Celular 3246102313 / Tipo Sangre* A+

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

Barrio* Tokio / Dirección de Residencia* _____/

EAPB* Comfamet salud / REGIMEN DE SALUD: Contributivo____/ Subsidiado X /

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

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

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

Viudo X/ Ocupación actual*_____/ Ocupación anterior*_____/

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

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

Tecnológica__/ Profesional__/ Especialización___/ Maestría___/ Doctorado___/ Ninguno__/

Persona de contacto* Laidy Johana Ortiz Dirección* Mz 14 casa 25 Tokio

Teléfonos o celular* 3117010943 / Parentesco * hija

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*: Monoplejia (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 X /

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

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 X /

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD*: (Fuente - SISPRO y se anexa el valor Muy Mala)*:
Excelente____/ Muy Buena X / Buena____/ Regular_____/ Mala____/ Muy Mala____/

Alcaldía 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

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	Erika Yulie Alzate	29	hija	Independiente
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				
REDES COMUNITARIAS O SOCIALES				
INSTITUCIONES				
VECINOS Y AMIGOS	X			
NO CUENTA CON REDES DE APOYO				

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 _____/ Sesiones de Fortalecimiento Muscular___/ Actividad Física Cardiovascular _____/ No cuenta con un plan de ejercicio prescrito X/

- 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?

  Actividad física

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___/ NO X / 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 X / Arrendada___/ Familiar___/

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 ___/ Otra Cual? _____/

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

CENTRO VIDA: SI X NO___

OMBRE DE LA PERSONA QUIEN REALIZO LA EVALUACIÓN: Doyana Lorma Hinestroza /

ROFESION U OCUPACION: Trabajo social / N° REGISTRO PROFESIONAL: 1088251435

"El presente documento se debe diligenciar en atención al Articulo 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 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: Alba Lucia /

APELLIDOS: Ortiz /

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 05 / MES: sept / AÑO: 1959 /

EDAD 66 / SEXO F / CÉDULA DE CIUDADANIA: 42056952 TIPO SANGRE: A+ /

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

DIRECCIÓN: Mz 14 casa 22 / BARRIO: Tokio /

COMUNA: villa santana / VEREDA: /

TELEFONO FIJO: / CELULAR: 3246102313 / PLAN FUNERARIO: /

S.G.S.S.S: C: __ / S: X / V: __ / O: __ / E.A.P.B: Asmet salud / GRUPO SISBEN B1 /

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: /

ALERGIA A MEDICAMENTOS: /

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Laidy johana Ortiz /

PARENTESCO: hija / TEL FIJO: / TEL CELULAR: 3117010943

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

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

CORREO ELECTRONICO: gloria612008@hotmail.com /

ANEXOS: CEDULA: ✓ SISBEN: ✓ ESTUDIO SOCIOECONOMICO: ✓ CONSENTIMIENTO INFORMADO: ✓ OTRO: CUAL ___ /

APROBACIÓN DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

PEREIRA

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 Alba Luca	Apellidos Ortiz
Documento de identidad 42056952	Expedida Pereira

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

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
	Inferior	Igual	Superior	Enfermedad mental		Alcohol	
SISBEN.	A	B 7	C	Sustancias psicoactivas		Soledad	
Edad superior o igual a 55 años			66	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 04 Mes 09 Año 2025

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Firma

Luis Antonio Chala
Nombre Gerontólogo(a)

Ana Cristina Bueno
Nombre Psicólogo(a)

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 Alba Lucia Ortiz, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Nº 42056952 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 aca establecidas.

Para constancia se firma en Pereira Risaralda a los cuatro (04) del mes de septiembre 2025

Dirección Adltiva – Centro Vida – Oriente

Usuario(a) – Programa Centro Vida - Oriente