	ACTA DE REUNIÓN (109)	Código: MGA-02-02 Versión: 1 Fecha: 15-07-2024 Página **1** de **3**

Fecha:	AA	MM	DD	Hora	Inicio	Terminación
	2025	07	23		04+30 PM	05+00 PM
Convoca:	AREA PSICOSOCIAL			Modera	LUIS ANTONIO CHALA J - GERONTOLOGO	
Asunto:	ESTUDIO CASO – SRA MAGNOLIA LOTERO POR INCONFORMIDADES EN EL PROGRAMA.					

Lugar:	Área administrativa - Centro Vida Oriente Pereira									
Tipo de reunión:	Junta		Comité		Reunión	X	Capacitación		Otro	
Se autoriza Grabación de:	Audio		Video		Fotografía	X	Ninguno			

PARTICIPANTES		
Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Magnolia Lotero Torres	Usuaria – Jornada Pm	Magnolia Lotero Torres.
Gloria Clemencia González Carmona	Directora Administrativa	
Dayana Lerma Hinestroza	Profesional en Trabajo Social	Dayana Lerma H.
Mary Luz Arboleda García	Profesional en Psicología	
Luis Antonio Chala Jaramillo	Profesional en Gerontología	

ORDEN DEL DIA

1. Asistencia.
2. Desarrollo de la reunión.
   - Inconformidades en el programa Estructuración – Procedimiento por Gerontología
3. Cierre.

DESARROLLO DE LOS TEMAS

Recibido
Magnolia Lotero T.
24/07/2025

1. **ASISTENCIA:**
   Confirmada la asistencia de los convocados, se da inicio a las 04+00 PM

2. **DESARROLLO DE LA REUNIÓN:**

   La Señora Magnolia Lotero Torrez, presenta inconformidades a diferentes servicios prestados en el programa Centro Vida – OP, así:

   - **Horas del servicio de alimentación:** En la actualidad la hora de servido del almuerzo se realiza a la 1:30 pm, en comparación con meses anteriores que se realizaba a la 1:00 pm, este retraso afecta la digestión a la proximidad de la hora del servido del refrigerio de la tarde. Por otra parte, en diferentes oportunidades la carne es dura para el consumo.

     Respuesta/
     Se le informa la señora Lotero Torres, sobre los horarios de servidos de los alimentos, al grupo de usuarios de la jornada de la tarde, así:

Powered by CamScanner

Fecha:	AA	MM	DD	Hora	Inicio	Terminación
	2025	07	23		04+30 PM	05+00 PM
Convoca:	AREA PSICOSOCIAL			Modera	LUIS ANTONIO CHALA J - GERONTOLOGO	
Asunto:	ESTUDIO CASO – SRA MAGNOLIA LOTERO POR INCONFORMIDADES EN EL PROGRAMA.					

- ✓ Inicio del emplatado del servicio de Almuerzo - 1:00 pm
- ✓ Inicio del Servido a la mesa – 1:15 pm.

- ✓ Inicio del emplatado del refrigerio de media tarde - 2:40 pm
- ✓ Inicio del servido a la mesa – 2:45 pm.

- ✓ Inicio del emplatado del servicio de la cena – 4:15 pm
- ✓ Inicio del Servido a la mesa – 4:30 pm

- **El servido de los alimentos a la mesa:** Le ha llegado tarde y no caliente. Puesto que siempre inicia de adelante para atrás.

  Respuesta/
  El equipo de trabajo, presente en la reunión, en cabeza de la Directora Administrativa, deciden informarle a la señora magnolia L, que a partir de la fecha y para subsanar proceso; el servido se realizara: Un día se iniciara en la parte delantera y hasta llegar a la parte posterior del restaurante, Y al día siguiente se realizada iniciando en la parte posterior y hasta llegar a la parte delantera.

- **Inconvenientes de convivencia con la usuaria, señora Blanca Flor Duque:** Las respuestas a los saludos y trato NO ha sido de manera cortes.

  Respuesta/
  Se hablará con la señora Blanca Flor Duque, para el manejo de este tema.

- **Logística y organización del reinado:** Argumenta mucho protocolo en la organización para este año, lo cual no existió el año pasado, favoreciendo así la participación y la realización del evento. Mas ella no ha estado en contra y mucho menos desanimado a las participantes del presente año.

  Respuesta/
  Se le informa que cada año, los procesos y actividades cambian para mejorar, se le invita a participar activamente en el presente año y a hace el discurso de entrega de la corona.

3. **CIERRE:**
   Siendo las 5+00 PM y agotando el orden del día, finaliza reunión

Powered by CamScanner

Fecha:	AA	MM	DD	Hora	Inicio	Terminación
	2025	07	23		04+30 PM	05+00 PM
Convoca:	AREA PSICOSOCIAL			Modera	LUIS ANTONIO CHALA J - GERONTOLOGO	
Asunto:	ESTUDIO CASO – SRA MAGNOLIA LOTERO POR INCONFORMIDADES EN EL PROGRAMA.					

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Compromisos		
Asunto	Responsable	Plazo
Conocer las inconformidades en el servicio del programa, manifestadas por la Señora Magnolia Lotero Torres, informar y dar respuesta a las acciones a tomar para buscar soluciones al respecto, en atención al manual de convivencia y reglamento interno del programa CEVI-OP.	Todo el Talento Humano CEVI-OP	24 de julio de 2025

Cláusula de Protección de Datos Personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los participantes y Cooperativa MULTISER no divulgar información alguna o usarla en propósitos diferentes al objetivo por la cual es diligenciado este registro, so pena de las sanciones legales a que haya lugar. Lo anterior en cumplimiento de Ley 1581 de 2012. La firma de los Listados de Asistencia se considera como evidencia de la firma de los responsables de los compromisos adquiridos por los asistentes en la presente acta.

Powered by CamScanner

	ACTA DE REUNIÓN ( ) 104	Código: MGA-02-02 Versión: 1 Fecha: 15-07-2024 Página 1 de 2

Fecha:	AA	MM	DD	Hora	Inicio	Terminación
	2025	07	09		2:30	2:55
Convoca:	Dayana Lerma H.			Modera:	Dayana Lerma H.	
Asunto:	Atención individual					
Lugar:	oficina psicosocial					

Tipo de reunión:	Junta		Comité		Reunión		Capacitación		Otro	X
Se autoriza Grabación de:	Audio		Video		Ninguno					

PARTICIPANTES

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Dayana Lerma Hinestroza	Trabajo social	Dayana Lerma H.
Magnolia Lotero	Usuaria	Magnolia Lotero L.

Orden del día

Verificación de asistencia
Desarrollo reunión
Compromisos

Desarrollo de los temas

Después de recibir varias quejas de parte de los usuarios referente al trato dado por parte de la usuaria Magnolia Lotero se cita y se le indica que según el reglamento interno y manual de convivencia en el Titulo III capitulo 5 punto 4 donde dice "Aprender a tener control de tus emociones y a interpretar adecuadamente los sentimientos de los demás. Se debe respetar que los demás usuarios son diferentes ya que tienen emociones, conocimientos, pensamientos diferentes; permitirse ser empatico y no pretender que todos sepan lo mismo

	ACTA DE REUNIÓN ( )	Código: MGA-02-02 Versión: 1 Fecha: 15-07-2024 Página **2** de **2**

Fecha:	AA	MM	DD	Hora	Inicio	Terminación
Convoca:				Modera:		
Asunto:						

Desarrollo de los temas (Continuación)

Se genera compromiso de respeto a la posición del otro sin ofender sus posiciones y conocimiento

Escuchar con atención y tratar de entender la posición del otro

Este compromiso permitirá mejorar la empatia con base a una convivencia sana.

Compromisos

Asunto	Responsable	Plazo

Cláusula de Protección de Datos Personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los participantes y Cooperativa MULTISER no divulgar información alguna o usarla en propósitos diferentes al objetivo por la cual es diligenciado este registro, so pena de las sanciones legales a que haya lugar. Lo anterior en cumplimiento de Ley 1581 de 2012. La firma de los Listados de Asistencia se considera como evidencia de la firma de los responsables de los compromisos adquiridos por los asistentes en la presente acta.

	ACTA DE REUNIÓN (109)	Código: MGA-02-02 Versión: 1 Fecha: 15-07-2024 Página **1** de **3**

Fecha:	AA	MM	DD	Hora	Inicio	Terminación
	2025	07	23		04+30 PM	05+00 PM
Convoca:	AREA PSICOSOCIAL			Modera	LUIS ANTONIO CHALA J - GERONTOLOGO	
Asunto:	ESTUDIO CASO – SRA MAGNOLIA LOTERO POR INCONFORMIDADES EN EL PROGRAMA.					

Lugar:	Área administrativa - Centro Vida Oriente Pereira									
Tipo de reunión:	Junta		Comité		Reunión	X	Capacitación		Otro	
Se autoriza Grabación de:	Audio		Video		Fotografía	X	Ninguno			

PARTICIPANTES		
Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Magnolia Lotero Torres	Usuaria – Jornada Pm	Magnolia Lotero Torres.
Gloria Clemencia González Carmona	Directora Administrativa	
Dayana Lerma Hinestroza	Profesional en Trabajo Social	Dayana Lerma H.
Mary Luz Arboleda García	Profesional en Psicología	
Luis Antonio Chala Jaramillo	Profesional en Gerontología	

ORDEN DEL DIA

1. Asistencia.
2. Desarrollo de la reunión.
   - Inconformidades en el programa Estructuración – Procedimiento por Gerontología
3. Cierre.

DESARROLLO DE LOS TEMAS

Recibido
Magnolia Lotero T.
24/07/2025

1. **ASISTENCIA:**
   Confirmada la asistencia de los convocados, se da inicio a las 04+00 PM

2. **DESARROLLO DE LA REUNIÓN:**

   La Señora Magnolia Lotero Torrez, presenta inconformidades a diferentes servicios prestados en el programa Centro Vida – OP, así:

   - **Horas del servicio de alimentación:** En la actualidad la hora de servido del almuerzo se realiza a la 1:30 pm, en comparación con meses anteriores que se realizaba a la 1:00 pm, este retraso afecta la digestión a la proximidad de la hora del servido del refrigerio de la tarde. Por otra parte, en diferentes oportunidades la carne es dura para el consumo.

     Respuesta/
     Se le informa la señora Lotero Torres, sobre los horarios de servidos de los alimentos, al grupo de usuarios de la jornada de la tarde, así:

Powered by CamScanner

Fecha:	AA	MM	DD	Hora	Inicio	Terminación
	2025	07	23		04+30 PM	05+00 PM
Convoca:	AREA PSICOSOCIAL			Modera	LUIS ANTONIO CHALA J - GERONTOLOGO	
Asunto:	ESTUDIO CASO – SRA MAGNOLIA LOTERO POR INCONFORMIDADES EN EL PROGRAMA.					

- ✓ Inicio del emplatado del servicio de Almuerzo - 1:00 pm
- ✓ Inicio del Servido a la mesa – 1:15 pm.

- ✓ Inicio del emplatado del refrigerio de media tarde - 2:40 pm
- ✓ Inicio del servido a la mesa – 2:45 pm.

- ✓ Inicio del emplatado del servicio de la cena – 4:15 pm
- ✓ Inicio del Servido a la mesa – 4:30 pm

- **El servido de los alimentos a la mesa:** Le ha llegado tarde y no caliente. Puesto que siempre inicia de adelante para atrás.

  Respuesta/
  El equipo de trabajo, presente en la reunión, en cabeza de la Directora Administrativa, deciden informarle a la señora magnolia L, que a partir de la fecha y para subsanar proceso; el servido se realizara: Un día se iniciara en la parte delantera y hasta llegar a la parte posterior del restaurante, Y al día siguiente se realizada iniciando en la parte posterior y hasta llegar a la parte delantera.

- **Inconvenientes de convivencia con la usuaria, señora Blanca Flor Duque:** Las respuestas a los saludos y trato NO ha sido de manera cortes.

  Respuesta/
  Se hablará con la señora Blanca Flor Duque, para el manejo de este tema.

- **Logística y organización del reinado:** Argumenta mucho protocolo en la organización para este año, lo cual no existió el año pasado, favoreciendo así la participación y la realización del evento. Mas ella no ha estado en contra y mucho menos desanimado a las participantes del presente año.

  Respuesta/
  Se le informa que cada año, los procesos y actividades cambian para mejorar, se le invita a participar activamente en el presente año y a hace el discurso de entrega de la corona.

3. **CIERRE:**
   Siendo las 5+00 PM y agotando el orden del día, finaliza reunión

Powered by CamScanner

Fecha:	AA	MM	DD	Hora	Inicio	Terminación
	2025	07	23		04+30 PM	05+00 PM
Convoca:	AREA PSICOSOCIAL			Modera	LUIS ANTONIO CHALA J - GERONTOLOGO	
Asunto:	ESTUDIO CASO – SRA MAGNOLIA LOTERO POR INCONFORMIDADES EN EL PROGRAMA.					

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Compromisos		
Asunto	Responsable	Plazo
Conocer las inconformidades en el servicio del programa, manifestadas por la Señora Magnolia Lotero Torres, informar y dar respuesta a las acciones a tomar para buscar soluciones al respecto, en atención al manual de convivencia y reglamento interno del programa CEVI-OP.	Todo el Talento Humano CEVI-OP	24 de julio de 2025

Cláusula de Protección de Datos Personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los participantes y Cooperativa MULTISER no divulgar información alguna o usarla en propósitos diferentes al objetivo por la cual es diligenciado este registro, so pena de las sanciones legales a que haya lugar. Lo anterior en cumplimiento de Ley 1581 de 2012. La firma de los Listados de Asistencia se considera como evidencia de la firma de los responsables de los compromisos adquiridos por los asistentes en la presente acta.

Powered by CamScanner

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	24954554
NOMBRES	MAGNOLIA
APELLIDOS	LOTERO TORRES
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	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2008	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/14/2025 14:30:02	**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

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: 24 /** **MES: NOVIEMBRE /** **AÑO: 2025 /**

NOMBRES Y APELLIDOS: MAGNOLIA LOTERO/ **C.C: 24954554/**

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 señora Magnolia obtuvo un puntaje de 20 en el APGAR Familiar, lo que indica una excelente funcionalidad familiar. Este resultado evidencia que cuenta con una red de apoyo sólida, caracterizada por acompañamiento constante, disponibilidad de ayuda y una comunicación adecuada con su entorno cercano. Se observa además una buena relación familiar, sustentada en vínculos afectivos fuertes y participación activa de los miembros de su familia en su bienestar. Esta dinámica fortalece su estabilidad emocional, mejora su calidad de vida y facilita el afrontamiento positivo de situaciones cotidianas.

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	MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER - NIT: 90041528-4	Versión: 1 - Código: 1.1 - Vigencia 08 - 2024

ENCUESTA DE SATISFACCION - CALIFICACION DE LOS SERVICIOS

Apreciado usuario(a). Trabajamos día a día para ofrecerle el mejor servicio con calidad y excelencia. Su opinión es importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar la presente encuesta de satisfacción.

Nombre del Usuario: Magnolia Soto Torres.

N° Identificación: 24954554-

Fecha	Junio 24/25	HOMBRE ☐	MUJER ☑	Jornada	Tarde-

Tipo de usuario

Adulto Mayor	X	Madre Cabeza de Hogar	
Discapacitado		Campesino	
Desplazadc		Otro:	
Víctima del Conflicto		Cual:	

Canasta de servicios recibidos - Ley 1276/2009 - Articulo 11 - Numerales 1 al 11

ASPECTOS A EVALUAR

1. SERVICIO

¿Cómo califica la calidad del servicio recibido en el centro vida?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

2. INSTALACIONES Y RECURSO

¿Cómo se siente con el uso de las instalaciones del Centro Vida Oriente?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

3. HORARIOS DE ATENCIÓN

¿Está satisfecho con el cumplimiento de los horarios establecidos?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

4. EXPECTATIVAS DEL SERVICIO

¿Está satisfecho con la variedad y calidad de las actividades ofrecidas?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

5. TALENTO HUMANO

En general, ¿cómo valora el trato recibido por parte del personal?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

OBSERVACIONES:

No tengo ninguna queja hasta el momento

Gracias por su colaboración

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

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 26 M: 11 A: 2025	Magnolia Lotero	Mariana Vargas L

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR	Izq	Der
Abducción de hombro	5	5
Flexión de codo	4	4
Extensión de muñeca	5	5
MIEMBRO INFERIOR		
Flexión de cadera	3	3
Extensión de rodilla	3	3
Dorsiflexión de tobillo	4	4
PUNTAJE TOTAL	48	

VALOR PARA CADA GRUPO MUSCULAR:

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

ANALISIS APLICACIÓN DE LA PRUEBA:

Fuerza muscular conservada. Fuerza muscular suficiente para realizar la mayoria de AVD sin ayuda. Refiere dolor en rodillas y cadera. Presenta artrosis.

Scanned with CamScanner

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

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 26 M: 11 A: 25	Magnolia Lotero	Mariana Vargas

ANTICIPATORIO SUBPUNTUACIÓN: /6

1. SENTADO A DE PIE

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

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

2. PONERSE DE PUNTILLAS

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

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

3. APOYO MONOPODAL

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

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

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

Scanned with CamScanner

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE

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

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

5. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA ATRÁS

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

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

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.

Scanned with CamScanner

ORIENTACIÓN SENSORIAL SUBPUNTUACIÓN: /6

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

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

Tiempo en segundos:

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

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

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

Tiempo en segundos:

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

9. INCLINADO - OJOS CERRADOS

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

Tiempo en segundos:

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

MARCHA DINÁMICA SUBPUNTUACIÓN: /10

10. CAMBIO EN LA VELOCIDAD DE MARCHA

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

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

Scanned with CamScanner

11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA – HORIZONTAL

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

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

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

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

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

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

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

- [ ] (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: 10.41 **segundos** **TUG doble tarea:** 09.53 **segundos**

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

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

PUNTUACIÓN TOTAL: 26/28

Scanned with CamScanner

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
06	10	2025.

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	E

NOMBRES - APELLIDOS	Magnolia Lotero.
DOCUMENTO	24954554.
GRUPO	Azul.

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.

Ⓤ 6 ¿ ⓜ @ ⓣ # 200 ⓑ 3 + ⓥ 4 Ⓨ 7 %

2. Escriba una palabra con cada una de las letras que encerró:

URETRA
barbaro
MARGARITA
VENENO
TETERO
YUCA

3. Complete la tabla con los números que hacen falta.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

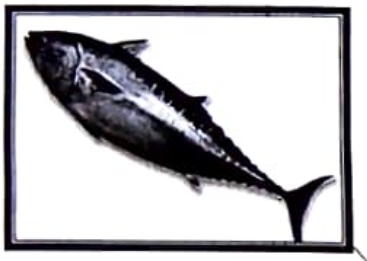
4. Resuelve las Operaciones.

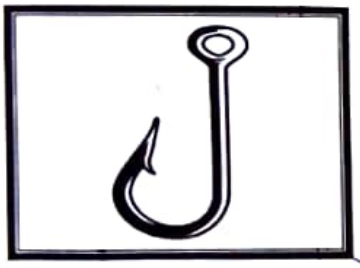
7 +2 9	17 +39 56	9 -3 6	51 -35 16

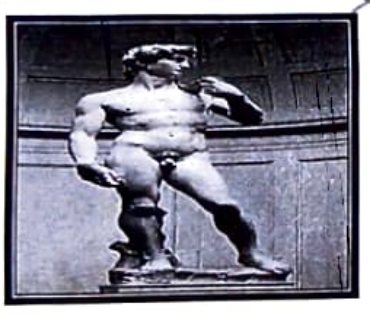
5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

13	68	4	19	25	11	5	7	46	34
4	5	7	11	13	19	25	34	46	68

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.



LOS NIÑO ESTAN JUgando con RaqueTAS
otro ESTA Nadando otro ESTA Tomando el Sol.
otros JUEGAN con ARENA
otro NIÑO ESTA haciendo de SalvAvidas

8. Julio tenia $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
8.000 TIENE. 40000 2.000 gasTA. 10.000 10000	Le. Sobro 30.000. PESOS

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**

PROFESIONAL	FIRMA
Claudia Patricia Corrales Villa Andres Arias Quintero	Claudia Corrales.
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Área de Educación y TIC´S	06 octubre 2025

NOTAS Y OBSERVACIONES:

La usuaria presenta muy buenos conocimientos en comunicación y pensamiento matemático. (EXCELENTE)

Alcaldia 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

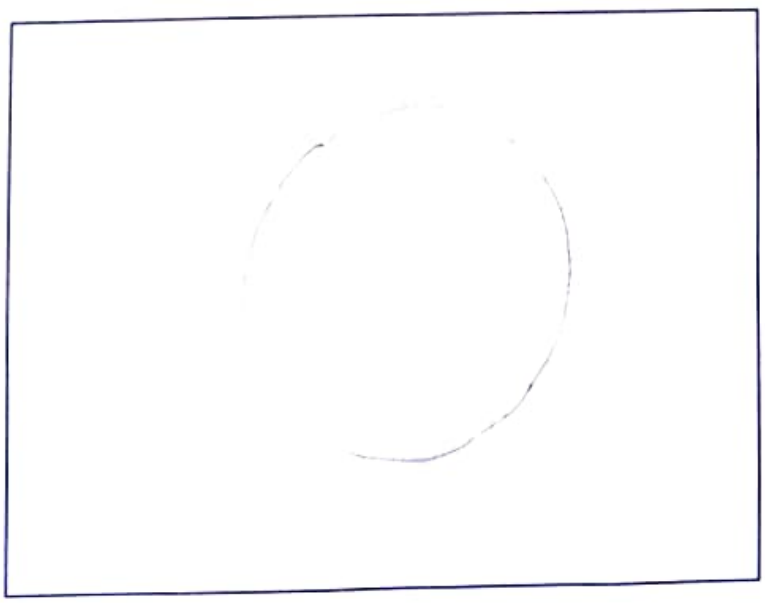
FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	MES	AÑO
06	10	2025.

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	B

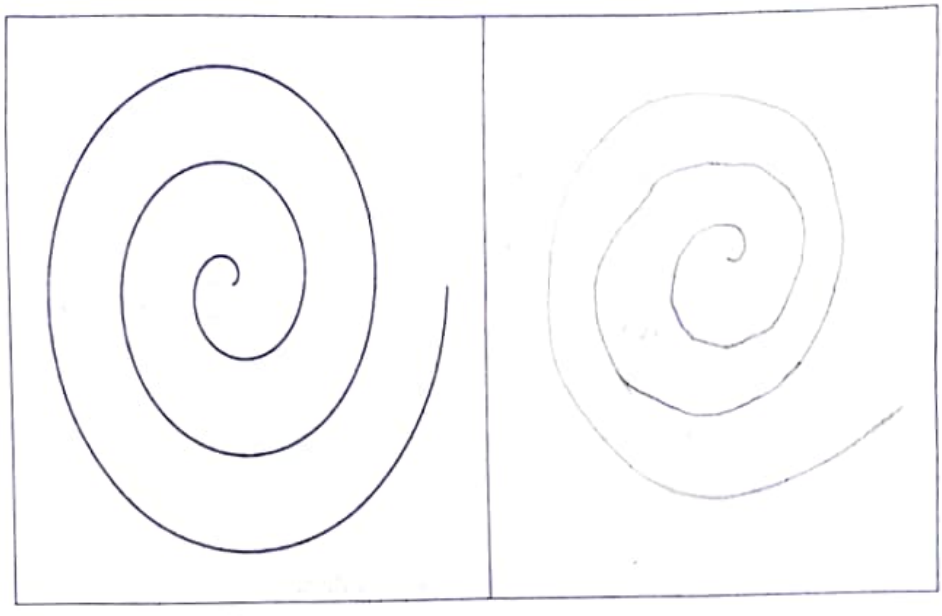
NOMBRES - APELLIDOS	Magnolia Lotero Torres.
DOCUMENTO	24954554.
GRUPO	Azul.

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 círculo



2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.



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

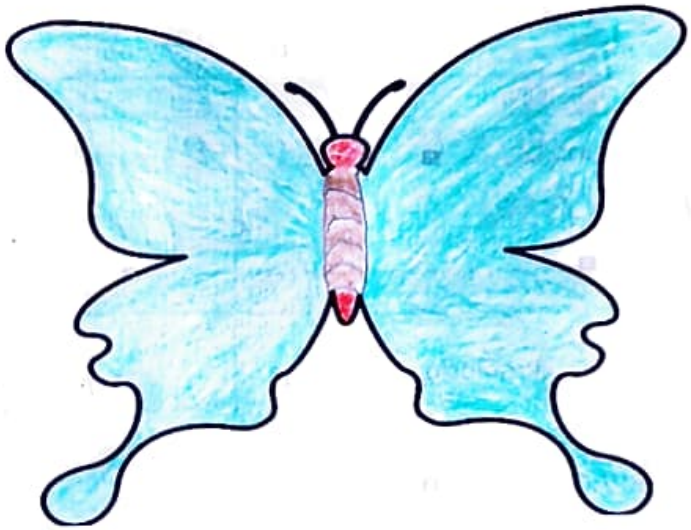
Periódico
Leerlo
Reciclarlo

botella plástica
hacer un matero
Reciclarla o
hacer FAROLES-

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 :



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

8. Una manualidad y una artesanía son lo mismo ya que las dos se hacen con las manos.

☐ Falso

☒ Verdadero

PROFESIONAL	FIRMA
Claudia P. Corrales. Andrea Anas. O.	Claudia Corrales
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	06/10/2025

NOTAS Y OBSERVACIONES:

La usuaria presenta buen pulso, creatividad, capacidad visomanual, pero pocos conocimientos básicos (BUENO).

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

EVALUACION DE LA FUNCION MINIMA DEL ESTADO MENTAL "MINIMENTAL TEST"

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO Magnolia Lotero Tobon	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 24954554
GRUPO Dev Pm	**EVALUADO POR:** Mary Luz Arboleda
FECHA DE APLICACIÓN: **DIA:** 23	**MES:** 10 **AÑO:** 2025

ORIENTACIÓN

- Dígame el dia, fecha, mes, estación, año — 5
- 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

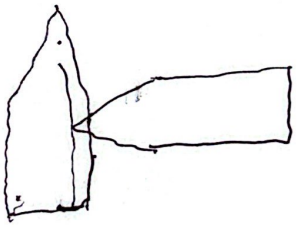
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 3

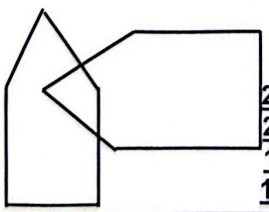
MEMORIA

- ¿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 — Me encanta El Centro Vida — 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.

36

" Sin deterioro cognitivo

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

Alcaldia 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: Magnolia Lotero		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24934554	
GRUPO: Dev Pm		ENTREVISTADO POR: Mary LA 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**.	0
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 de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
REMISION EXTERNA - INTERINSTITUCIONAL		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

1. DATOS PERSONALES DEL REMITIDO(A)		
NOMBRES Magnolia	APELLIDOS Lotero Torres	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 24 954 554	EDAD 71 años	EAPB Nueva EPS
ACUDIENTE Elias Soto	PARENTESCO Esposo	TELEFONOS 312 769 6030 - 321 2508416

2. DESCRIPCIÓN

(a. Descripción Beneficiario Centro Vida. b. Situación reportada. c. conclusión profesional)

Se Presenta Usuaria manifestando sentirse enferma con sintomas que requieren Valoracion medica, al momento no se cuenta con disponibilidad de citas se realiza orientación sobre signos de alarma y medidas generales de cuidado se recomienda acudir al servicio de Urgencias.

3. RECOMENDACIONES

Se recomienda Valoración por medicina general y examenes medicos especializados.

REMITIDO A LA INSTITUCION: _____

HORA DE REMISION:	FECHA DE REMISIÓN
_____	D: 20 MES: 05 AÑO: 2025
AREA PROFESIONAL	Auxiliar Enfermeria
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL	Diana Sorley Galeano Romero
TARJETA O REGISTRO PROFESIONAL	1060 586 780

FIRMA PROFESIONAL Diana S. Galeano. 1060 586 780.

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: 660010275683000000070

C2

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MAGNOLIA

Apellidos: LOTERO TORRES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24954554

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/10/2019

Última actualización ciudadano: 11/10/2019

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: Lotero Torres Nombre: Magnolia

Sexo: F Edad: 72 Peso, kg: 65,5 Altura, cm: 153 Fecha: 24/06/25

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 → 3

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

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

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 → 3

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

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 ☐

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

I Úlceras o lesiones cutáneas?
0 = sí 1 = no ☐

J. Cuántas comidas completas toma al día?
0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas ☐

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 ☐.☐

L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
0 = no 1 = sí ☐

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 ☐.☐

N Forma de alimentarse
0 = necesita ayuda
1 = se alimenta solo con dificultad
2 = se alimenta solo sin dificultad ☐

O Se considera el paciente que está bien nutrido?
0 = malnutrición grave
1 = no lo sabe o malnutrición moderada
2 = sin problemas de nutrición ☐

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 ☐.☐

Q Circunferencia braquial (CB en cm)
0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22 ☐.☐

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31 ☐

Evaluación (máx. 16 puntos) ☐☐.☐
Cribaje ☐☐.☐
Evaluación global (máx. 30 puntos) ☐☐.☐

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos ☐ estado nutricional normal
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

	PROGRAMA ADULTO MAYOR **CENTRO VIDA ORIENTE** **CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL**	Alcaldía de **PEREIRA**
Versión: 0		Vigencia: 12-2024

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA PERSONA ADULTA MAYOR.

PESO 65,5 **TALLA:** 1,53 **IMC:** 27,9

DX NUTRICIONAL: Sobrepeso, Adecuada preservación de masa muscular.
Dx HTA

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: 07 - Oct - 2025

Nombre del paciente: Magnolia Lotero

Identificación del Paciente: 24 954 554 **Ocupación:** Ama de Casa

Fecha de Nacimiento: 15 - Sep - 1963 **Edad:** 72

- Quienes forman su hogar 2
- Antecedentes Patológicos HTA -
- Discapacidad Mental —
- Antecedentes Familiares Cancer.
- Ultimo control médico 1 mes
- Ayudas técnicas: audífono — lentes SI Placa dentaria SI Muletas — Silla de ruedas — bastón — Prótesis — Marcapasos — Otro: —
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol SI tabaco — drogas — frecuencia: —
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Iversartan-300 - Calcuvidd.- Indapamida-
Dosis: 1 1/2 1
Frecuencia_
¿Desde cuándo? 1 año
Nombre del medicamento Rosuvastatina
Dosis: 1
Frecuencia_
¿Desde cuándo? _____
Nombre del medicamento AcetaminoFen
Dosis: a necesidad
Frecuencia_
¿Desde cuándo? — _____

• SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD						
¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala __ Mala __ Regural __ Buena — Muy Buena __					
¿Por qué suele acudir al médico?	a Control					
¿Confía en las opiniones médicas?	SI					
• ANTECEDENTES PSICOSOCIALES						
PSICOLÓGICOS						
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI		NO	X	FRECUENCIA	
¿Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI	X	NO		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?	Muy Buena					
¿Cómo es la relación con sus hijos?	Muy Buena					
¿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 X No ___	¿tiene vida sexual activa? Si___ No ___
Última menstruación 25 años	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si___ No___
Ultima citología 9 años	¿Presenta secreciones inusuales? Sí___ No___
¿Se practica examen de seno? Si X No__ Por qué Por Prevención	¿Se ha realizado examen de próstata? Si__ No __ Por qué
• **ELIMINACIÓN**	
¿Presenta dificultad para orinar? Si__ No X	¿Presenta dificultad al defecar? Si__ No__
¿Con que frecuencia orina? 5 en el día	¿Con que frecuencia realiza deposición?
¿Despierta en la noche para orinar? Si X No__ A veces___	¿Salida involuntaira? Si__ No__ A veces___
¿Color inusual? Si__ No X cual _____ ¿Olor inusual? Si__ No X cual _____	¿ultiza ayudas para defecar? Si__ No__ A veces___ Cual
¿Presenta retención de la orina? Si__ No__ A veces X	
¿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 Hrs	¿Presenta fatiga? Si X No__ ¿con que actividad?
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? NO	¿Presenta dolor en el tórax? Si X No__ ¿Cuándo?
¿sufre de insomnio? NO	¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si__ No X ¿Cuándo?
• **SIGNOS VITALES**	
Frecuencia cardiaca 67 / Frecuencia respiratoria 20 / Presión arterial 125/80	
• **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 X cuántas —

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

Causa de la caída: ¿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: Usuaria Tranquila, Colaboradora Con buena actitud al responder Valoración del estado de salud, Con buenos aspectos de Presentación Personal.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

Usuaria Con dx de base HTA Responde bien al tratamiento farmacologico oral, asiste a control medico cada tres meses Usuaria funcional que se le realizara toma de signos Vitales Cada mes en area de enfermeria CVOP.

Nombres y Apellidos de quien realiza: Diana Sorley Galeano R

Cargo: Aux de enfermeria

Firma: Diana Galeano

Firma o huella paciente: Magnolia Soto T.

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Magnolia Cotero
EAPB: Nueva EPS
N° identificación del adulto: 24'954.554
Nivel de Riesgo:
Dirección domicilio: MZ D CS 22 B. San gregorio.
Cel: 312-769 60 30

T/A: tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SAT02: Saturación 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
20-05-25	12:30	134/75	89	98	20	35.4	Remisión Clinica Pinares	Aux. Diana G.
07-10-25	14:30	125/80	67	96	20	36.2	V. signos Vitales Estado de S.	Aux. Diana G.

Powered by CamScanner

COOPERATIVA MULTISER

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

36
Entrevista

AÑOS ESTUDIO: 5TO PRIMARIA DX: H.T.A FECHA: 23 - 10 - 2025

NOMBRE: MAGNOLIA LOTERO TORRES EDAD: 72 SEXO: F

Independiente _X__ Necesita Asistencia ____ Hospitalizada___

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

D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	0	
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	0	
D6.4	Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	0	
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud" ?	0	
D6.6	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud" ?	0	
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud?	0	
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	0	
	Domain Score	0%	0%
	Overall Score	0,83%	0,00%

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

ANALISIS INDIVIDUAL

Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación

Presenta buena comprension en la comunicación, se encuentra ubicada en tiempo, espacio y persona

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

Es autonoma en su toma de decisiones e independiente en su movilidad, ejecuta las AVD-AIVD-AAVD.

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

Argumenta realizar de forma independiente sus actividades de la AVD y de cuidado personal. Lo cual se evidencia en sus presentacion personal.

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

Se relaciona de manera facil con famila amigos y vecinos, Lleva 2 años en el programa al programa Centro Vida, es casada hace 45 años.

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

Argumenta realizar continuamente sus AVD y actividades cotidianas en conjunto con su esposo

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

Las AAVD, son desarrolladas de manera activa. Argumenta tener buena relaciones interpersonales con familiares amigos y vecinos. Manifiesta ser feliz en su matrimonio y en su participacion del programa Centro Vida.

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 0,83%/4,00% - SIN DIFICULTAD

Preservar la FUNCIONALIDAD EN LOS DOMINIOS 6. Se recomienda incementar su participacion de las actividades sociales, participa activamente en las actividades ocupacionales, fisicas, culturales.

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



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