REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

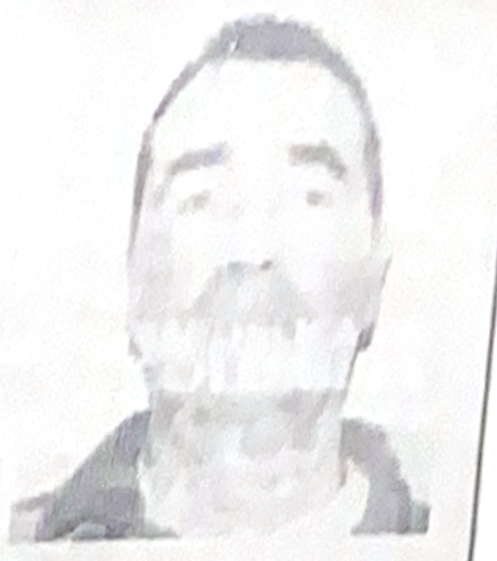
NUMERO 7.489.869

ESPINOSA OROZCO

APELLIDOS

JORGE BERNARDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1954

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | O+ G.S RH | M SEXO

22-DIC-1975 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-8835530-00124661-M-0007489869-20081106 0005361742A 1 21961622

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
ACTA DE COMPROMISO		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

ACTA N° 199	**FECHA: D 19 M 09 A 2025**	**LUGAR REUNION** **ÁREA DEL COMEDOR – CEVI-OP**
OBJETIVOS DE LA REUNIÓN	Establecer comunicación verbal con el usuario Jorge Bernardo Espinosa usuario del CEVI-OP, jornada de la tarde, dado que el adulto mayor decide desistir voluntariamente del programa Centro Vida debido a su intención de viajar a Europa (Inglaterra) para residir con su hijo.	
PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN	JORGE BERNARDO ESPINOSA-USUARIO- CEVI-OP-JORNADA TARDE MARY LUZ ARBOLEDA – PSICOLOGA - CEVI - OP – JORNADA TARDE	

DESARROLLO DE LA AGENDA

Siendo las 2:00 PM, del día 19 de septiembre de 2025 se establece comunicación verbal con el usuario Jorge Bernardo Espinosa identificado con cédula de ciudadanía N° 7.489.869 de Pereira-Risaralda, quien manifiesta que ha decidido desistir del programa ya que se encuentra en trámites de viaje para ir a Inglaterra a vivir con su hijo, con quien espera mejorar su calidad de vida, compartir en familia y tener acompañamiento cercano.

En virtud de lo anterior, la Psicóloga del centro Vida Mary Luz Arboleda, orienta al señor Jorge Bernardo Espinosa sobre la importancia de continuar con actividades que favorezcan su bienestar emocional, físico y cognitivo una vez se encuentre en su nuevo lugar de residencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, se acuerda con el usuario Jorge Bernardo Espinosa el retiro del programa Centro Vida conforme a los lineamientos institucionales, por consiguiente, se eliminará de la base de datos y se otorgará el cupo a una nueva persona.

#	RESPONSABLE	COMPROMISOS
1	MARY LUZ ARBOLEDA	ESTRUCTURAR ACTA

Siendo las 2:10 PM, se da por terminada la conversación. Para constancia se firma en Pereira Risaralda a los 19 días del mes de septiembre de 2025.

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
ACTA DE COMPROMISO		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

#	NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCION	CARGO	FIRMA
1	MARY LUZ ARBOLEDA	COOPERATIVA MULTISER	PSICOLOGA - CEVI - OP – JORNADA TARDE	

REGISTRO FOTOGRAFICO



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: 19 / MES: 05 / AÑO: 2025 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Jorge Bernardo Espinoza / C.C: 7189869 /

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:

El puntaje indica que se percibe un entorno familiar estable, con relaciones positivas, afecto, apoyo emocional y participación activa de sus familiares, se evidencia red de apoyo sólida que contribuye a su bienestar y afrontamiento de sitcaciones dificiles.

Daniela Londoño Montoya

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 6024 4134

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

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO N°_____

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 19 MES 05 AÑO 2025

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jorge Bernardo Espinoza Orozco

LUGAR DE NACIMIENTO: Pereira FECHA: DIA 19 MES 01 AÑO 1954

DIRECCIÓN: San gregorio, Liliare, M2C CS 9

TELÉFONO: 3122360392

EDAD: 71 CATEGORÍA SISBEN: B2 DESPLAZADO _____ EPS Salud Total

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR

Fanny Liliana Espinoza

DIRECCIÓN M2 C CS 9, San gregorio

TELEFONO 3122360392

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula ( ) -Sisben ( ) -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 19/ MES 08 / AÑO 2025 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Jorge B. Espinoza PARENTESCO _____/

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jorge Bernardo Espinoza C.C 7409869 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 19/ M 01/ A 1954/ Pereira / EDAD 71 / SEXO M /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA M2 C Cs 9 / BARRIO San gregorio /

EPS Salud Total / PUNTAJE SISBEN B2 / TIPO SANGRE O+ /

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

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

COMUNA _____/ TELÉFONO FIJO _____/ CELULAR 3122366392 /

OCUPACION: ACTUAL _____/ ANTERIOR Cleaner /

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

CUÁL: _____ _____/ NINGUNO: ____/

PERSONA DE CONTACTO Fanny Liliana Espinoza /

DIRECCION M2 C Cs 9 TELÉFONO _____ PERENTESCO Hermana/

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL ___/ OTRAS CUALES: Hipertensión y tiroides /

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

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

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

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICION FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION
1	Fanny Liliana Espinoza	60	Hermana	No labora
2	Javier Espinoza	69	Hermano	No labora

3	Cesar Augusto Espinoza	59	Hermano	No labora
4				
5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	X			
PARIENTES				✓
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: Caminar /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Ejercicios de aerobicos y manualidades /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

FUMA: SI ___/ NO X / BEBE: SI ___/ NO X / SEDENTARIO: SI___/ NO X /

4. RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONOMICA:

PENSIONADO ___/ RENTAS PROPIAS ___/ CÓNYUGE ___/ HIJOS X /

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

OTROS CUÁLES? _____/

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. __X__
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS..... _____
- 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 X /

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 X /

DORMITORIO AISLADO __/ HUMEDADES X / 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 Ospina/

PROFESION: Trabajadora Social / Nº REGISTRO PROFESIONAL: 1024411134

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 Oriente

NOMBRES: Jorge Bernardo

APELLIDOS: Espinoza Orozco

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 19 / MES: enero / AÑO: 1954

EDAD: 71 / SEXO M / CÉDULA DE CIUDADANIA: 7489869 / TIPO SANGRE: O+ /

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: M2 C CS 9 / BARRIO: San gregorio /

COMUNA: ____/ VEREDA: ____/

TELEFONO FIJO: ____/ CELULAR: 3122360392 / PLAN FUNERARIO: ____/

S.G.S.S.S: C: __/ S: X / V: __/ O: __/ E.P.S: Salud Total / PUNTAJE SISBEN B2 /

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Lozartan 50mg y Levotiroxina 75 mg /

ALERGIA A MEDICAMENTOS: ____/

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Fanny Liliana Espinoza /

PARENTESCO: Hermana / TEL FIJO: ____/ TEL CELULAR: 3122360392 /

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

DIRECCION: ____/ TELEFONOS: ____/

CORREO ELECTRONICO: ____/

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

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: Jorge

SEGUNDO NOMBRE: Bernardo

PRIMER APELLIDO: Espinoza

SEGUNDO APELLIDO: Orozco

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: 19/01/1954
No. Documento 7489869

RANGO DE EDAD:

			AÑOS CUMPLIDOS
1	X	MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)	71
2		MAYOR DE 55 AÑOS	

SEXO:

1	X	HOMBRE
2		MUJER
3		LGBTI

DATOS SISBEN:

Esta

			PUNTAJE
1	X	SI	B2
2		NO	

ESTADO CIVIL:

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

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

						CUAL
1	X	SI	1		CONTRIBUTIVA	Salud Total
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	X	PRIMARIA COMPLETA	6		TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA	10		POSTGRADO COMPLETO
3		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 [ ] SI [ ] GOBIERNO [ ] SECTOR PRIVADO 2 [X] NO

¿CUAL(ES)?: 1 _____

2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

caminar y disfrutar del panorama y naturaleza

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: MZ C CS 9 BARRIO: San gregorio

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: 3122360392 EMAIL:

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: fanny Liliana Espinoza PARENTESCO: Hermana

TELÉFONO DE CONTACTO: 3122360392

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

Entretenimiento y apoyo

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 Montoya

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
19	05	2025

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Huella

OBSERVACIONES:

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 Jorge Bernardo	Apellidos Espinoza Orozco
Documento de identidad 7489869	Expedida 22 / Dic / 1975

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 2	C	Sustancias psicoactivas		Soledad	
Edad superior o igual a 55 años			X	Abandono familiar		Sedentarismo	
Ingresos económicos 1smlv				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 ____ O se le niega _____ el cupo, a partir de la fecha: Día ___Mes ___Año _____

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Nombre Gerontólogo(a)

Mary Luz Arbolida

Nombre Psicólogo(a)

Firma

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 19 días del mes de 05 del año 2025.

Firma:

Nombre: Jorge Bernardo Espinosa

Identificación: 74849869 Granada

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: Jorge Bernardo Espinosa

N° Identificación: 7489869 Granada (Meta)

Fecha	24/06.25	HOMBRE ☒	MUJER ☐	Jornada	Tarde

Tipo de usuario

Adulto Mayor	X	Madre Cabeza de Hogar	
Discapacitado		Campesino	
Desplazadc		Otro:	X
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:

Gracias por su colaboración

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
Viernes	MAYO	2025

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Jorge Bernardo Espinosa Orozco
DOCUMENTO	7489869
GRUPO	2 MAYUO

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 ¿ ⓜ @ t # 200 ⓑ 3 + ⓥ 4 Ⓨ 7 %

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

UVAS
madre
bogota

Viernes
YUCA

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

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

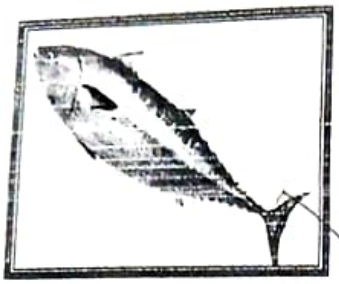
4. Resuelve las Operaciones.

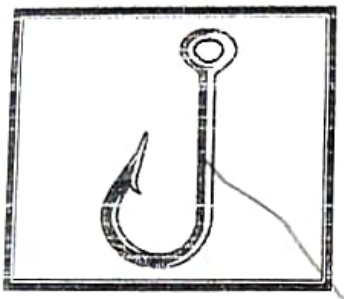
7 +2 9	17 +39 56	9 -3 6	51 -35 16

5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

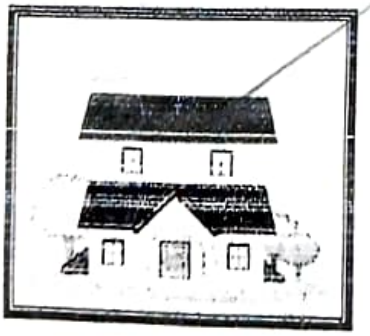
13	68	4x	19	25	11	8	x	96	34
4	5	7	25	34	46				

6. UNA CON LÍNEAS LAS PALABRAS Y LAS IMÁGENES.









ESTATUA

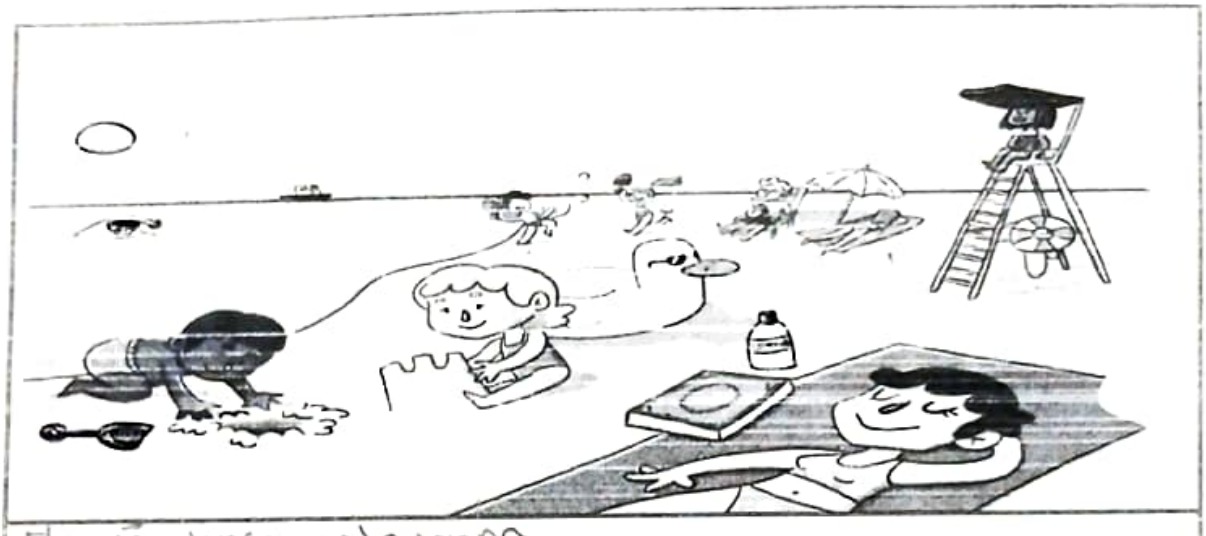
CASA

PESCADO

ANZUELO

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

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



El niño juega con la arena
El niño Esta dibujando
El niño. Esta descansando
los niños c. Juegan

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
40.000 menos 10.000	Le Quedan $30.000 Pesos

EXITOS!

ALCALDÍA 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 Andrea Arias Quintero	Claudia Corrales. Andrea Arias
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Área de Educación y TIC´S	16 mayo/2025

NOTAS Y OBSERVACIONES:

El usuario logra resolver la prueba de manera positiva. cumpliendo con la mayoría de los indicadores.

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

Alcaldía PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
PRUEBA DE ENTRADA DE PARTICIPACION AL AREA OCUPACIONAL		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

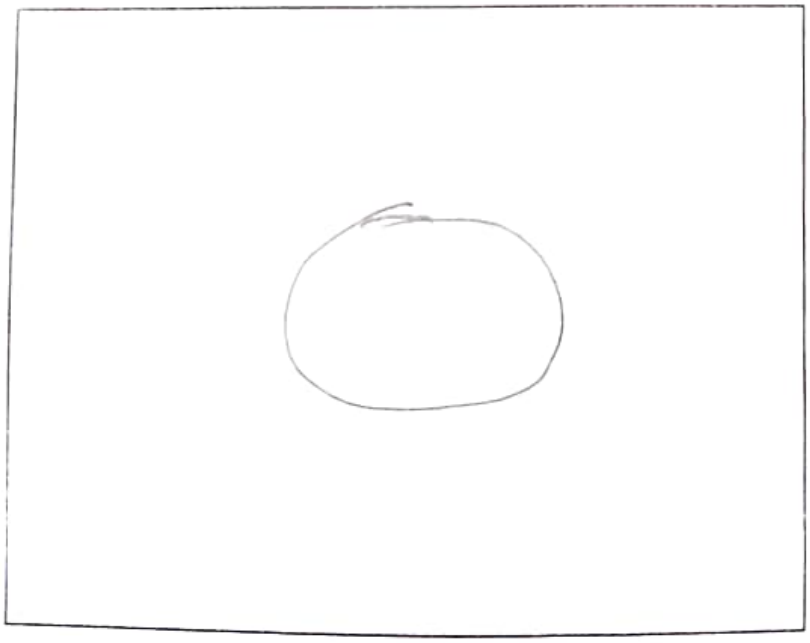
FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	MES	AÑO
16 05 /25	Mayo	2025

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Jorge Bernardo Espinosa Orozco
DOCUMENTO	7489869
GRUPO	2 Manilla

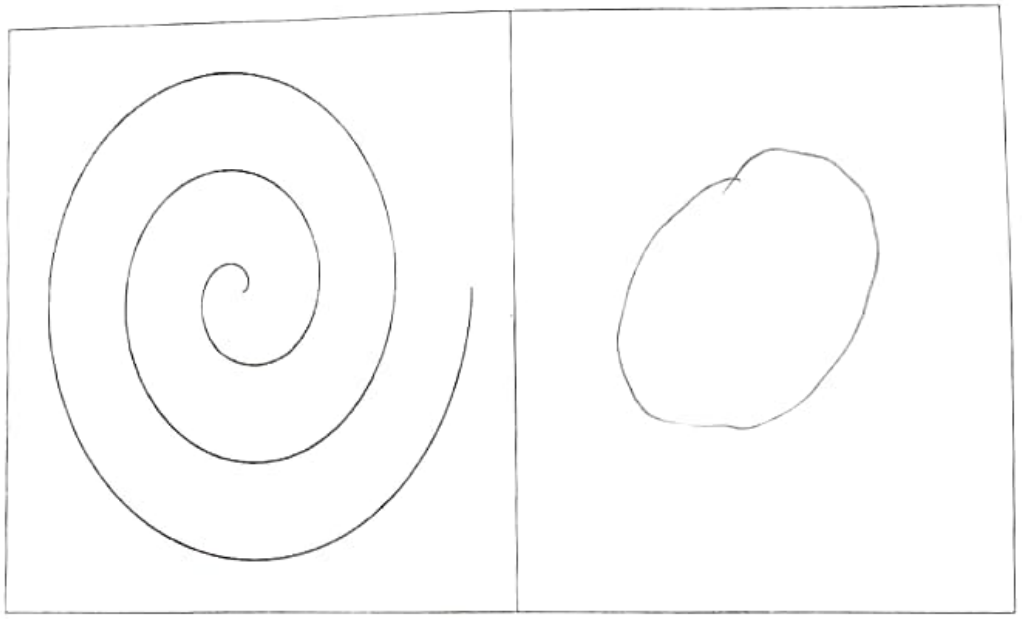
OBJETIVO DE LA PRUEBA: determinar las destrezas y habilidades del Adulto Mayor y seguir su proceso en el programa.

1. Dentro del siguiente espacio dibuje un circulo



E-mail: multisercta@gmail.com

2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.



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

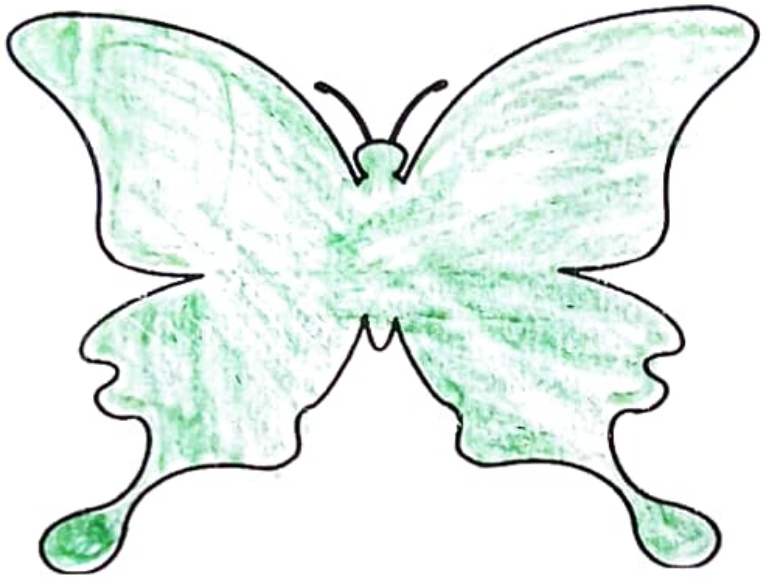
Periódico
leerlo
para ver algo
limpiar vidrios

botella plástica
llenarla de agua
Reciclar

4. Elabore un dibujo utilizando las siguientes figuras:



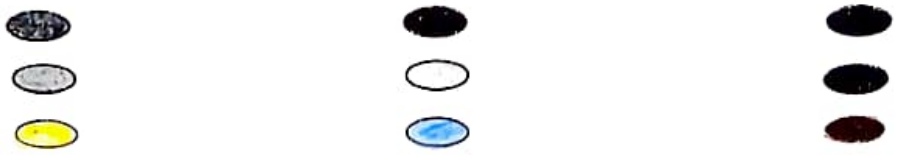
5. Pinte el dibujo con un lápiz de color sin salirse de los bordes.



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 V. Andrea Ruiz Duarte	Claudia Corrales. Andrea
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	16 mayo 2025

NOTAS Y OBSERVACIONES:

El usuario tiene buena creatividad, pulso pero debe mejorar un poco su capacidad visomanual.

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

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS – USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 13 M: 05 A: 2025	Jorge Bernardo Espinoza	Mariana Vargas López

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR		
Abducción de hombro	4	4 = 8
Flexión de codo	4	4 = 8
Extensión de muñeca	4	4 = 8
MIEMBRO INFERIOR		
Flexión de cadera	3	3 = 6
Extensión de rodilla	3	3 = 6
Dorsiflexión de tobillo	4	4 = 8
PUNTAJE TOTAL		44

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 en miembros superiores e inferiores, su fuerta muscular es suficiente para realizar las AVD sin ayuda.

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: 13 M: 05 A: 2025	Jorge Bernardo Espinosa.	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."

- [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:	
[x]	(2) Normal: 20 s	[x]	(2) Normal: 20 s
[ ]	(1) Moderado: < 20 s	[ ]	(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

CONTROL POSTURAL REACTIVO SUBPUNTUACIÓN: /6

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 O podría caer si no fuera cogido O 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 O podría caer si no fuera cogido O 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.
- ☑ **(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.
- ☐ **(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.
- ☐ **(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.
- ☐ **(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.

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".

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

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

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

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

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

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

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

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

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

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

TUG: 10,11 **segundos** **TUG doble tarea:** 11,9 **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: 26. /28

Powered by CamScanner

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: JORGE BERNARDO ESPINOZA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 74489869
GRUPO: AMARILLO - PM	EVALUADO POR: Mary Luz Arboleda
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 14 / MES: mayo /	AÑO: 2025 /

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, 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

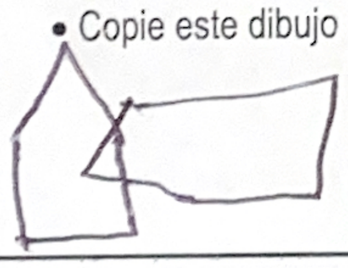
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 3

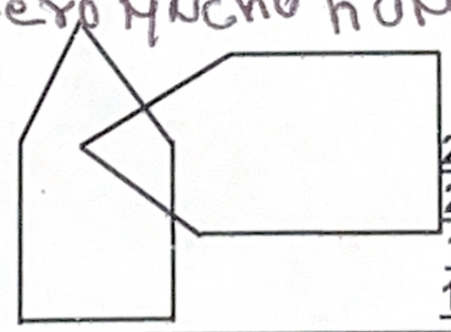
MEMORIA

- ¿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 — 1
- Escriba una frase Quiero mucho hombijo — 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.

35

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: 14 / MES: mayo / AÑO: 2025

NOMBRE COMPLETO: Jose Bernaido Espinoza	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 7489869
GRUPO: Amarillo - 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	
EVALUACION – AIVD – ESCALA LAWTON		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO: Jorge Bernardo Espinoza Orozco	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 7989869
GRUPO: Amarillo - P04	EVALUADO POR: Victor Mc
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 13 / 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: I	I A D Puntuación:	CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	I= Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada A= Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números D= Totalmente dependiente para realizar una llamada por teléfono por sí mismo
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	I= Viaja con independencia en transportes públicos o condice su propio auto A= Solo viaja si lo acompaña alguien D= No puede viajar en absoluto
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	IR DE COMPRAS	I= Realiza todas las compras con independencia A= Necesita compañía para realizar cualquier compra D=Totalmente independiente para ir de compras
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	PREPARACION DE LA COMIDA	I= Organiza, prepara y sirve los alimentos adecuadamente y con independencia A=Calienta, sirve y prepara alimentos ligeros, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda D= Necesita que le preparen y sirvan los alimentos

Powered by CamScanner

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

IAD Puntuación: 1	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: 1	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 12 TOTAL _____

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

ANALISIS: Usuario con independencia total en sus actividades cotidianas.

Victor Ramirez
NOMBRE PERSONA EVALUADORA

FIRMA PERSONA EVALUADA

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**

NOMBRE COMPLETO	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD**
Jorge Bernardo Esposa Osorio	7489869
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Amarillo - a.m.	Victor Manin.

FECHA DE APLICACIÓN: **DIA:** 13 / **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.
2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ segundos.

6. PRUEBA DEL TIRÓN
(El Adulto Mayor en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):

0 = comienza a caerse.
1 = da más de 2 pasos hacia atrás.
2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.

7. SE PARA CON LA PIERNA DERECHA SIN APOYO:

0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
2 = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ 5, ___ segundos

8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:

0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
2 = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ 3, 4 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.
2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ segundos

Powered by CamScanner

10. POSICIÓN TÁNDEM:

0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro **o** comienza a caerse **o** se mantiene por ≤ 3 segundos.
1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
X = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.
Tiempo: 1 0 , ___ segundos

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

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

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

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

13. SE PARA EN LOS TALONES:

0 = incapaz.
X = capaz, pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: 0 1 , 6 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.

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

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

0 = sí, y hubiera caído **o** perdió el paso más de 2 veces.
1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.
X = no.

4. DA LA VUELTA (mientras camina):

0 = casi cae.
1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.
X = estable, no necesita ayudas mecánicas.

5. CAMINAR SOBRE OBSTÁCULOS (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):

0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz **o** camina alrededor de cualquier obstáculo **o** pierde el paso > 2 veces.
X = 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

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**

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

8/12
23/26
31/36

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuario categorizado en riesgo de caida bajo, presenta limitación en equilibrio estatico unipodal, Su marcha es sobresaliente, aunque se evidencia leves tambaleos al momento de pasar obstaculos. Recomendacion AF general para mantener condiciones actuales.
Puntuacion general 31 de 36.

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

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

FECHA DILIGENCIAMIENTO: DIA: 13 / MES: Mayo / AÑO: 2025 /

YO Jorge Bernardo Espinosa Orozco identificado(a) con cédula de ciudadanía número 74'89.869, expedida en Granada Meta, residente en el municipio de Pereira Risaralda, con dirección: Mz c Casa N° 9 B. San Gregorio: manifiesto que he sido informado(a) acerca de las diferentes actividades contempladas en la Canasta de Servicios (Ley 1276/2009 – Art 11 – Numeral 1 – 11), así: culturales, recreativas, deportivas, ocupacionales, trabajo asociativo, encuentros intergeneracionales, programadas por el CENTRO VIDA COMUNA ORIENTE; entiendo que estas actividades me proporcionan beneficios para la salud, bienestar y calidad de vida; al igual que la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas.

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

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

Nombres y Apellidos del Adulto Mayor: Jorge Bernardo Espinosa Orozco

Teléfonos de contacto: 312 2360392 Pueblo

Nombre y Apellido (Familiar o Acudiente) Fanny Liliana Espinosa Orozco

Teléfonos de contacto: 312 2360392 Hermana

Diana S. Galeano R. 1060 586 780

NOMBRES/APÈLLIDOS - TARJETA/REGISTRO 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

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD	Versión: 1
	Código: MGO-02-48
	Vigencia: 03-2025

Fecha de valoración: 13 - Mayo - 2025

Nombre del paciente: Jorge Bernardo Espinosa

Identificación del Paciente: 7489.869 Ocupación: Ninguno

Fecha de Nacimiento: 19 - ENE - 195 Edad: 71

- Quienes forman su hogar 4 Hermanos
- Antecedentes Patológicos Tiroides - Hipertención - Angina de Pecho.
- Discapacidad Mental NO
- Antecedentes Familiares Hipertención Tiroides (Madre)
- Ultimo control médico Febrero
- Ayudas técnicas: audífono NO lentes SI Placa dentaria SI Muletas NO Silla de ruedas NO bastón NO Prótesis NO Marcapasos NO Otro: _____
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol ___ tabaco ___ drogas ___ frecuencia: _____
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Levotiroxina 75 mg
Dosis: 75 mg al dia
Frecuencia__
¿Desde cuándo? 10 años
Nombre del medicamento Losartan 50 mg
Dosis: 100 mg al dia
Frecuencia__
¿Desde cuándo? 15 años
Nombre del medicamento_____
Dosis: _____
Frecuencia__
¿Desde cuándo? _____

- **SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD**

¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala __ Mala __ Regural __ Buena X Muy Buena __
¿Por qué suele acudir al médico?	Molestias
¿Confía en las opiniones médicas?	SI

- **ANTECEDENTES PSICOSOCIALES**

PSICOLÓGICOS						
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI	X	NO		FRECUENCIA	
¿Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI	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?	Buena
¿Cómo es la relación con sus hijos?	Buena
¿Mantiene contacto con otros familiares?	SI
¿Participa de reuniones familiares?	Pocas Veces
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares?	SI

Powered by CamScanner

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

SOCIALES

¿Tiene amigos?	Pocos
¿Con que frecuencia comparte con ellos?	No
¿Hace parte de algún grupo?	Centro Vida Oriente

- **SEXUALIDAD**

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

- **ELIMINACIÓN**

¿Presenta dificultad para orinar? Si X No__	¿Presenta dificultad al defecar? Si__ No__
¿Con que frecuencia orina? 3	¿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	¿ultiza ayudas para defecar? Si__ No__ A veces__ Cual
¿Olor inusual? Si__ No X cual	
¿Presenta retención de la orina? Si__ No X A veces__	
¿Salida involuntaria de la orina? Si__ No X A veces__	
¿Presenta dolor al orinar? Si__ No X A veces__	

• SUEÑO	• ACTIVIDAD FISICA
¿Cuántas horas duerme? 9 Horas	¿Presenta fatiga? Si__ No__ ¿con que actividad?
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? NO	¿Presenta dolor en el tórax? Si__ No__ ¿Cuándo?
¿sufre de insomnio? NO	¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si__No__ ¿Cuándo?

- **SIGNOS VITALES**

Frecuencia cardiaca	78	Frecuencia respiratoria	18	Presión arterial	124/ 67

- **NIVEL DE MOVILIDAD**

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

- **CAÍDAS**

Teme usted caerse si X no __

Ha presentado caídas en el último año si__ no __ cuántas_____

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

Causa de la 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

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

OBSERVACIONES: Usuario Con buena disponibilidad, Tranquilo,

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:
Usuario Con Dx = Hipertención, Tiroides Con medicamentos. Hacer Seguimiento mensual Por enfermeria.
Angina de Pecho: se hace seguimiento en area de deportes

Nombres y Apellidos de quien realiza: Diana Sorley Galeano Romero

Cargo: Auxiliar de enfermeria

Firma: Diana Galeano RP. 1060 586 780

Firma o huella paciente:



Powered by CamScanner

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

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 13 / MES: Mayo / AÑO: 2025 /

NOMBRES – APELLIDOS: Jorge Bernardo Espinosa Orozco /

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

SI	NO	PREGUNTAS
	X	1. ¿Alguna vez el médico le ha dicho si usted tiene un problema en el corazón, y solo debería hacer actividad física recomendado por un médico?
	X	2. ¿Usted siente dolor en el pecho cuando hace actividad física?
	X	3. ¿Le ha dolido en el último mes, cuando no está haciendo ejercicio?
	X	4. Usted pierde el equilibrio debido a que se marea, y ¿alguna vez ha perdido el conocimiento?
	X	5. ¿Tiene algún problema en las articulaciones (por ejemplo, espalda, rodillas o cadera) que pueda empeorar por las actividades físicas propuestas?
X	Ø	6. ¿El médico actualmente le ha indicado tomar medicinas para la presión arterial o el corazón?
	X	7. ¿Sabe usted, de cualquier otra razón por la cual usted no debería hacer actividad física?
	X	8. ¿Tiene algún familiar muy cercano (padre-hermanos) que hayan tenido un ataque cardiaco a temprana edad, menos de 55 años?
	X	9. ¿Se considera usted una persona sedentaria, o sea, no realiza por lo menos 30 minutos de actividad física al menos tres veces a la semana?
	X	10. ¿Cree usted que tiene sobre peso?
	X	11. ¿En el último año ha sufrido algún trauma o accidente que lo haya limitado para realizar ejercicio?
		12. ¿Cuál es su EAPB? Salud Total Sisben B2

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

Powered by CamScanner

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

INTERPRETACION

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

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

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

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

ANALISIS DEL RESULTADO: Usuario no apto para ejercicio de alta intensidad (angina de Pecho) Ejercicio Moderado Con seguimiento

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

FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

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

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Jorge Bernardo Espinosa

N° identificación del adulto: 7489 869

Dirección domicilio: Mz C Casa 9 B. San Gregorio

EAPB: Salud Total

Nivel de Riesgo:

Cel: 312 2360 392

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 RESPONSABL
13-Mayo	16:00	124/67	78	94	18	35.7	Seguimiento 1 Vez Por mes.	Aux. Diana G.
							Valoración Inicial	1060586780

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): Jorge Bernardo Espinosa Orozco

CEDULA: 7'489 869 | EDAD: 71

DIRECCION RESIDENCIA: Mz C casa N° 9 | TELEFONOS: 312 2360392

EAPB: Salud Total | GRUPO: Amarillo | JORNADA: Tarde

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
13-May 2025 14:00	Usuario Jorge Bernardo quien se encuentra asistiendo al Centro Vida Oriente desde el dia de Hoy 13-Mayo-2025 Usuario que al examen fisico se Presenta Por sus Propios medios consiente alerta y Orientado en sus tres esferas, colaborador en actitud, y colaboración durante la Valoración estado de conciencia. Normocefalo, rostro conservado, cuello simetrico, Pabellones auriculares en buenas condiciones. mucosas conservada campos Pulmonares Conservados sin signos de dificultad respiratoria Frcmitos Palpables conservados sin dolor a la Palpación Columna sin deformidades en Posición correcta, Miembros Superiores completos con movilidad total, abdomen sin dolor a la Palpación sin signos de distención o sensibilidad miembros inferiores Completos Con movilidad total se hace Valoración de Signos Vitales con tensión arterial 124/67 mm/Hg Frecuencia Cardiaca 78 x' Saturación de oxigeno 94% Frecuencia respiratoria 18 respiratoria x minuto temperatura 35.7°. El estado general del Usuario es Estable con signos Vitales dentro de los rangos normales y sin Hallazgos Patologicos en la evaluación fisica.—	Aux. Diana Galeano 1060586780

Powered by CamScanner

			FORMATO	Versión: 1
		REGISTRO TAMIZAJE DE RIESGO CARDIOVASCULAR		F03-GU-GTH-05
				FECHA EDICIÓN 18-06-2021

NOMBRE (S) DE QUIENES REALIZAN EL TAMIZAJE: _____

NOMBRE (S) DE QUIENES REALIZAN EL TAMIZAJE: _____

VINCULACIÓN PERSONAL BASCA				TAMIZAJE								HABITOS PERSONALES						ANTECEDENTES PERSONALES									ANTECEDENTES FAMILIARES CARDIOVASCULAR			CLASIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR
FECHA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE	FUNCIONARIO	CONTRATISTA	ESTUDIANTE	PESO	ESTATURA	TENSION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	GLUCOMETRIA	PERIMETRO CINTURA	PERIMETRO CADERA	PERIMETRO CUELLO	PERIMETRO CARPO	FUMAS / NO	FUMA A VECES SI / NO	FUMA NO VECES SI / NO	HACE EJERCICIO SI / NO	HACE EJERCICIO A VECES SI / NO	HTA	DIABETES	IAM	ICC	DISLIPIDEMIA	ALT TIROIDES	CON TRATAMIENTO PARA ALTERACIÓN DE LA TIROIDES	Padre, Abuelo o hermano menores de 55 (Han presentado	Madre, abuela, o hermana menores de 65 (Han presentado	DIABETES	
13-Mayo-2025	1069	Jorge Bernardo Espinosa	X																											51

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

Powered by CamScanner

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Espinosa Nombre: Jorge Bernardo

Sexo: M Edad: 70 Peso, kg: 72 Altura, cm: 1,67 Fecha: 14/05/25

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
(subtotal máx. 14 puntos) **14**

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

Scanned with CamScanner

COOPERATIVA MULTISER

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

36
Entrevista

AÑOS ESTUDIO: 5 PRIMARIA DX: HTA FECHA: 13-05-2025

NOMBRE: JORGE BERNARDO ESPINOSA OROZCO EDAD:71 SEXO: M

Independiente X Necesita Asistencia___ Hospitalizada___

		Score 1	Score 2
Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación			
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos ?	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	2	
	Domain Score	10%	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	1,67%	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 gran fluidez en el habla, lo cual permite la comunicación con gran facilidad

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

Es autonomo, e independiente en su movilidad, manifiesta caminar largas distancias.

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

Argumenta realizar de forma independiente sus AVD y de cuidado personal, lo cual se evidencia en su presentacion personal. Presenta deficiencia en la audicion por lo tanto utiliza audifonos

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

Se relaciona de manera facil con amigos y vecinos pertenecientes a los grupos de Adultos Mayores, iglesia y Centro Vida.

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

Argumenta realizar continuamente sus AIVD, se evidencia funcionalidad Fisica-Mental-Social

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

Las AAVD, son desarrolladas de manera activa. Recien inicia al programa Centro Vida, igualmente asiste a grupos de oracion en el barrio de la camuna

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 1,67%/4,00% - SIN DIFICULTAD

Preservar la FUNCIONALIDAD EN LOS 6 DOMINIOS, es así como se deben continuar las rutinas de participacion en la sociedad y de actividad fisica, Terapia Fisica y de estimulacion de la funcion cognitiva.

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



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