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

LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024

NOMBRE ADULTO MAYOR: José Aldemar Casteñeda

GRUPO: Azul JORNADA: Pm
TELEFONOS: 3003980785

#	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	SOLICITUD DE CUPO	X		
2	EVALUACION SOCIOECONOMICA	X		
3	APROBACION DE CUPOS - POR COMITÉ ADMISIONES	X		
4	FICHA DE INSCRIPCION	X		
5	HOJA DE VIDA	X		
6	AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS	X		
7	COPIA CEDULA CIUDADANIA	X		
8	SISBEN	X		
9	ADRES	X		
10	CERTIFICADO AFILIACION – PLAN FUNERARIO FLIAR			
11	HISTORIA CLINICA (Opcional)			
	VALORACION - AREA NUTRICION			
12	Mini-Nutrition Assesment - MNA	X		
	VALORACION - AREA PSICOSOCIAL			
	Por Profesional en Psicología			
13	Minimental Test o Cuestionario Pfeiffer	X		
14	Escala de Depresión Geriátrica – Yesavage	X		
	Por Profesional en Trabajo Social			
15	Familia Apgar	X		
	Por profesional en Gerontología			
16	Cuestionario 36 preguntas – Whodas – 2.0	X		
	VALORACION – AREA ATENCION PRIMARIA EN SALUD – A.P.S			
17	Consentimiento informado	X		Falta firma y N. Cedula

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	
LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

18	Cuestionario - Práctica de Actividad Física PAR-Q			
19	Prueba. Detección temprana del riesgo cardiovascular			
VALORACION – AREA FISIOTERAPIA				
20	Cuestionario - Mini-BESTest	X		
21	Escala Medical Research Council (MRC)	X		
22	Cuestionario – Sobrecarga del cuidador - Zarit	—	—	No está en contrato
VALORACION – AREA DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN				
23	Evaluación – AIVD – Escala de Lawton	X		
24	Escala de Tinetti Modificada	X		
VALORACION – AREAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS/TRABAJO ASOCIATIVO Y EDUCACION				
25	Prueba de entrada - Área Ocupacional			
26	Prueba de entrada - Área Educación			
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X		

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 29 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Arias, Trabajo Social 1225092595

Responsable de la Verificación

(Nombres – Apellidos – Profesión – Tarjeta o Registro Profesional)

DOCUMENTO ESTRUCTURADO POR
LUIS ANTONIO CHALA JARAMILLO
Profesional en Gerontología
Esp. En Gerencia de Servicios de Salud

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 114

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 23 **MES** 5 **AÑO** 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jose Aldemar Castañeda Osorio

LUGAR DE NACIMIENTO: Pacora **FECHA: DIA** 1 **MES** 09 **AÑO** 1955

DIRECCIÓN: calle 4 # 8-05 Villavicencio

TELEFONO: 3003980785

EDAD: 68 **CATEGORIA SISBEN:** B4 **DESPLAZADO** — **EPS** Asmet Salud

RH AB+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Abuelo Antonio castañeda
DIRECCIÓN calle 4 # 8-05 Villavicencio TELEFONO 3173585546

OBSERVACIONES:

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

Nombre del funcionario: Luz Nelly Renteria R

C.T.A. MULTISER

Alcaldía de PEREIRA

APROBACION 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 Jose Aldemar	Apellidos castañeda osorio
Documento de identidad 10 094 546	Expedida 13/08/1977 Pereira

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

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
SISBEN:	A	B X	C	Enfermedad mental	—	Alcohol	—
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas	—	Soledad	—
Edad superior o igual a 55 años	—	—	X	Abandono familiar	—	Sedentarismo	—
Ingresos económicos 1smlv	X	—	—	Violencia intrafamiliar	—	Tabaco	—
Disponibilidad de tiempo	Si X	—	No —	Signos de desnutrición	—	Ninguno	—

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

Se le aprueba X O se le niega — el cupo, a partir de la fecha: Día 23 Mes 05 Año 2024

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucia Alzate González
Nombre Gerontólogo(a)

Carolina Rodriguez
Nombre Psicólogo(a)

Firma

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 23 / MES S / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Jose Aldemar PARENTESCO — /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jose Aldemar C.C 10094546 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 1 / M 9 / A 1958 / Pacova / EDAD 68 / SEXO F /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA calle 4 ## 8-05 / BARRIO Villavicencio

EPS Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN B 4 / TIPO SANGRE AB+ /

ETNIA: MESTIZO: X / AFROCOLOMBIANO: — / INDÍGENA: — / RAIZAL: — / ROM: — / OTRO: — /

ESTADO CIVIL CASAD@ X / UNION LIBRE — / SEPARAD@ — / VIUD@ — / SOLTER@ — /

COMUNA Oriente / TELÉFONO FIJO — / CELULAR 3003980785 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Oficios Varios / ANTERIOR Oficios Vario /

NIVEL ACADÉMICO: PRIMARIA: — / SECUNDARIA: — / UNIVERSITARIA: — / OTRO: — /

CUÁL: — / NINGUNO: X /

PERSONA DE CONTACTO Abrelio castañeda /

DIRECCIÓN Calle 4 ## 8-05 TELÉFONO 3173592546 PARENTESCO Hermano

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

FÍSICA: HTA — / DIABETES — / OSTEOPOROSIS X / ARTICULARES X / EPOC — /

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: — /

DISCAPACIDAD SENSORIAL: VISUALES — / AUDITIVAS + / DEL HABLA — / EPILEPSIA — /

AFECTACIÓN MENTAL: ESTRÉS — / ANSIEDAD — / DEPRESIÓN — / DEMENCIA — /
OTRAS — / CUALES: — /

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD: MUY BUENA — / BUENA X / REGULAR — / MALA — / MUY MALA —

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICIÓN FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
1	Abrelio castañeda	67	Hermano	—
2		—		
3		—		
4		—		

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

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

3. HÁBITOS 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 ALGÚN PLAN DE EJERCICIO FÍSICO DIRIGIDO? NO X / SI — /

CUAL? — /

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACIÓN — / CULTURA — / ARTES — / MANUALIDADES — /

OTRAS: — / CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Ejercicios Pasivos /

3.2. **FACTORES DE RIESGO:**

FUMA: SI — / NO X / BEBE: SI — / NO X / SEDENTARIO: SI — / NO X /

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 **DEPENDENCIA ECONÓMICA:**

PENSIONADO — / RENTAS PROPIAS — / CÓNYUGE — / HIJOS — /

FAMILIARES — / SUBSIDIO DEL ESTADO X / AMIGOS — / VECINOS — /

OTROS CUÁLES? — /

4.2 **SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:**

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. +

- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS..... —
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y AHORRA..... —

4.3 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN CUBRIR LAS SIGUIENTES NECESIDADES BÁSICAS:

ALIMENTACIÓN: SI X/ NO —/ SALUD: SI —/ NO X/ VIVIENDA: SI —/ NO X/

VESTUARIO: SI —/ NO X/ TRANSPORTE: SI —/ NO X/ RECREACIÓN: SI —/ NO X/

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA —/ FAMILIAR X/ ARRENDADA —/ INVASIÓN —/ 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 —/ PISOS CON DESNIVEL —/

PUERTAS —/ VENTANAS X/ BAÑO INCOMPLETO —/ DIVISIONES —/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES —/ DORMITORIO COMPARTIDO —/

DORMITORIO AISLADO —/ HUMEDADES —/ ILUMINACIÓN-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: Liz Neira /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 35545888

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: Jose
SEGUNDO NOMBRE: Aldemar
PRIMER APELLIDO: Castañeda
SEGUNDO APELLIDO: Osorio

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

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

Fecha de Nacimiento: 1/09/1955
No. Documento 10094 546

RANGO DE EDAD:

1 [X] MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)
2 [ ] MAYOR DE 55 AÑOS

AÑOS CUMPLIDOS: 68

SEXO:

1 [X] HOMBRE
2 [ ] MUJER
3 [ ] LGBTI

DATOS SISBEN:
Esta

1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: B4

ESTADO CIVIL:
CASADO(A) [X]
SOLTERO(A) [ ]
DIVORCIADO(A) [ ]
VIUDO(A) [ ]

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

1 [X] SI
2 [ ] NO

1 [ ] CONTRIBUTIVA
2 [X] SUBSIDIADA

CUAL: Asmet salud

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

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

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

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

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

1 [ ] SI ¿CUÁL(ES)? 1 —
2 —
2 [X] NO

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

1 [X] SI
- [ ] GOBIERNO
- [ ] SECTOR PRIVADO

2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Colombia Mayor
2 —

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Oficios Varios

2

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 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Calle 44 # 8-05

BARRIO: Villavicencio

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3003980785 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Abrelio Antonio Castañeda

TELÉFONO DE CONTACTO: 3173582546 PARENTESCO: Hermano

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
9 [X] OFICIOS DEL HOGAR
10 [—] INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
11 [—] JORNALERO O PEÓN
12 [—] TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR
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

Tener una mejor calidad de vida

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA —

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Luz Neiva Quintero

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
13	05	2024

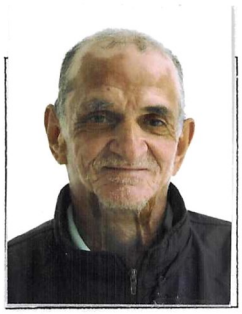
FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Huella

OBSERVACIONES:

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR	
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Centro Vida Oriente



NOMBRES: Jose Aldemar

APELLIDOS: Castañeda Osorio

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 1 / MES: Septiembre / AÑO: 1955

EDAD: 68 SEXO: F / CÉDULA DE CIUDADANIA: 10094546 / TIPO SANGRE: AB+

HOJA VIDA No: __

ETNIA: MESTIZO: X / INDIGENA: — / AFROCOLOMBIANO: — / RAIZAL: — / ROM: — / OTRO: —

DIRECCIÓN: Calle 4 # 8-05 / BARRIO: Villavicencio

COMUNA: Oriente / VEREDA: —

TELEFONO FIJO: — / CELULAR: 3003980785 / PLAN FUNERARIO: —

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN B4

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: —

ALERGIA A MEDICAMENTOS: —

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

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

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

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

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

CONVIVENCIA: PAREJA: — / FAMILIA: — / SOLO: — / OTRO: —

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Abrelio castañeda

PARENTESCO: Hermano / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3173582516

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

DIRECCION: Cra 13 # 26 - 04 Pereira / TELEFONOS: 3127497748

CORREO ELECTRONICO: gloriac61008@hotmail.com.

ANEXOS: CEDULA: ( ) SISBEN: ( ) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: ( ) CONSENTIMIENTO INFORMADO: ( ) OTRO: CUAL ___

C.T.A.MLTISER	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 lMultiser 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.

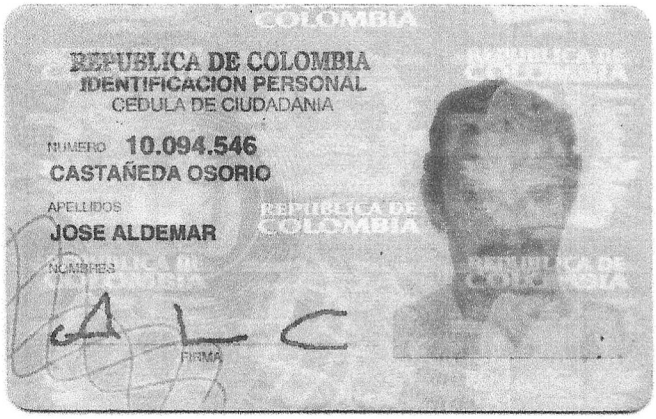
Se firma en la ciudad de Pereira, a los 23 días del mes de mayo de año 2024.

Firma: A L C

Nombre: Jose Aldemar Castañeda

Identificación: 10.094 546




COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 10.094.546
CASTAÑEDA OSORIO
APELLIDOS
JOSE ALDEMAR
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1955
PACORA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
AB+
G.S. RH
M
SEXO
17-AGO-1977 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2400100-00516275-M-0010094546-20131125
0035871729A 1
4532641024

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/05/2024

Ficha: 660011641382400029443

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE ALDEMAR

Apellidos: CASTAÑEDA OSORIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10094546

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/04/2022

Última actualización ciudadano: 04/04/2022

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: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

A4

Fecha de consulta: 22/04/2022

Ficha: 660011641382400029443

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE ALDEMAR

Apellidos: CASTAÑEDA OSORIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10094546

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/04/2022

Última actualización ciudadano: 04/04/2022

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: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	10094546
NOMBRES	JOSE ALDEMAR
APELLIDOS	CASTAÑEDA OSORIO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	04/06/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/24/2024 15:42:39	**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

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE ALDEMAR CASTAÑEDA OSORIO

Documento:	CC 10.094.546			**H.C.**	10094546
Fecha nacimiento:	Sep.01/1955	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CLLE 4 8 05 VILLAVICENCIO	**Télefono:**	3003980785	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	31668			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	11	**Fecha:**	Jun.07/2024	**Hora:**	08:34
Causa externa:	Enfermedad General		**Finalidad:** No Aplica		

Motivo consulta: MC: "ESTOY CORTO DE VISTA Y UNA ALERGIA"
TEL: 3003980785

Enfermedad actual: PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD, REFIERE HACE UN AÑO LE FORMULAN LENTES, PERO SIENTE QUE SE HA ADAPTDO A LENTES BIFOCALES, REFEIRE "TENGO QUE BJAR MUCHO LA CABEZA PARA PODER VER LAS ESCALAS.

REFEIRE DESDE HACE 2 MESES CON PRURITO EXTREMIDADES.

A.P. NIEGA
NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS.
A.QX. CX DE CATARATA BILATERAL.

Revisión por sistemas:

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Otros	NIEGA 10-08-2023 10:31

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	CIRUGIA DE ULCERA GASTRICA 10-08-2023 10:38 OPERADO DE PENE POR TRAUMA 15-09-2021 14:13

Antecedentes Traumáticos

Fracturas	HOMBRO IZQUIERDO 15-09-2021 14:13

Antecedentes Alérgicos

Medicamentos	NIEGA 10-08-2023 10:32

EXAMEN FISICO

Cabeza	Normal 27-06-2019 09:09 Normal 15-07-2019 09:14 Normal 27-05-2021 10:16 Normal 02-06-2021 09:32 Normal 15-09-2021 14:17 Normal 10-08-2023 10:35 Normal 18-08-2023 13:02 Normal 07-06-2024 08:38
Ojos	Normal Cicatriz Pop Ojo Izquierdo 27-05-2021 00:00 Normal No Evidencio Opacidad Del Cristlino Flor No Tejido Fibroso Ocupir No Lesion Conjuntival 15-07-2019 00:00
Fondo de Ojo	No Evalúo 27-05-2021 10:16 No Evalúo 02-06-2021 09:32
Oídos	Normal 27-05-2021 10:16 Normal 02-06-2021 09:32
Nariz y senos paranasales	Normal 27-05-2021 10:16 Normal 02-06-2021 09:32 Normal 07-06-2024 08:38

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE ALDEMAR CASTAÑEDA OSORIO
Documento: CC 10.094.546 H.C. 10094546
Fecha nacimiento: Sep.01/1955 Edad: 68 Años Sexo: Masculino
Dirección: CLLE 4 8 05 VILLAVICENCIO Télefono: 3003980785 Ciudad: PEREIRA
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Etnia: Otros
Número de Ficha: 31668 Nivel: Nivel 1
Atención: 11 Fecha: Jun.07/2024 Hora: 08:34
Causa externa: Enfermedad General Finalidad: No Aplica

Boca	Normal 27-06-2019 09:09 Normal 15-07-2019 09:14 Normal 27-05-2021 10:16 Normal 02-06-2021 09:32 Normal 15-09-2021 14:17 Normal 10-08-2023 10:35 Normal 18-08-2023 13:02 Normal 07-06-2024 08:38
Garganta	Normal 27-06-2019 09:02 Normal 15-07-2019 09:14 Normal 27-05-2021 10:16 Normal 02-06-2021 09:32 Normal 15-09-2021 14:17 Normal 10-08-2023 10:35 Normal 18-08-2023 13:02 Normal 07-06-2024 08:38
Cuello	Normal 27-06-2019 09:02 Normal 15-07-2019 09:14 Normal 27-05-2021 10:16 Normal 02-06-2021 09:32 Normal 15-09-2021 14:17 Normal 10-08-2023 10:38 Normal 18-08-2023 13:02 Normal 07-06-2024 08:38
Mamas y axilas	Normal 27-06-2019 09:02 Normal 15-07-2019 09:14 Normal 27-05-2021 10:16 Normal 02-06-2021 09:32 Normal 07-06-2024 08:38
Tórax	Normal 27-06-2019 09:02 Normal 15-07-2019 09:14 Normal 27-05-2021 10:16 Normal 02-06-2021 09:32 Normal 07-06-2024 08:38
Pulmones	Normal 27-06-2019 09:02 Normal 15-07-2019 09:14 Normal 27-05-2021 10:16 Normal 02-06-2021 09:32 Normal 07-06-2024 08:38
Corazón	Normal 27-06-2019 09:02 Normal 15-07-2019 09:14 Normal 27-05-2021 10:16 Normal 02-06-2021 09:32 Normal 15-09-2021 14:18 Normal 10-08-2023 10:36 Normal 18-08-2023 13:02

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE ALDEMAR CASTAÑEDA OSORIO
Documento: CC 10.094.546 H.C. 10094546
Fecha nacimiento: Sep.01/1955 Edad: 68 Años Sexo: Masculino
Dirección: CLLE 4 8 05 VILLAVICENCIO Télefono: 3003980785 Ciudad: PEREIRA
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Etnia: Otros
Número de Ficha: 31668 Nivel: Nivel 1
Atención: 11 Fecha: Jun.07/2024 Hora: 08:34
Causa externa: Enfermedad General Finalidad: No Aplica

Abdomen	Normal 07-06-2024 08:38 Normal 27-06-2019 09:02 Normal 15-07-2019 09:14 Normal 27-05-2021 10:16 Normal 02-06-2021 09:32 Normal 15-09-2021 14:18 Normal 10-08-2023 10:35 Normal 18-08-2023 13:02 Normal 07-06-2024 08:38
Genitourinario	No Evalúo 27-06-2019 09:02 No Evalúo 15-07-2019 09:14 No Evalúo 27-05-2021 10:16 No Evalúo 02-06-2021 09:32 Normal 07-06-2024 08:38
Tacto vaginal	No Evaluado 27-06-2019 09:02 No Evaluado 15-07-2019 09:14 No Evaluado 07-06-2024 08:38
Tacto rectal	Evaluados Prostata Aumentad De Tamaño Consistencia Normal. 10-08-2023 00:00 No Evaluado 27-06-2019 09:02 No Evaluado 15-07-2019 09:14 No Evaluado 27-05-2021 10:16 No Evaluado 07-06-2024 08:38
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	Normal 27-06-2019 09:02 Normal 15-07-2019 09:14 Normal 07-06-2024 08:38
Sistema Vascular periférico	Normal 27-06-2019 09:02 Normal 15-07-2019 09:14 Normal 07-06-2024 08:38
Piel y faneras	Anormal Lesiones Puntiformes Y Costras Por Rascado En Extremidades Inferiores. , Maculas En Todo El Cuerpo Hipopigmentadas. 07-06-2024 00:00 Normal 27-06-2019 09:02 Normal 15-07-2019 09:14
Sistema Osteomuscular	Normal 27-06-2019 09:02 Normal 15-07-2019 09:14 Normal 27-05-2021 10:16 Normal 07-06-2024 08:38
Otros	Normal 27-06-2019 09:02 Normal 15-07-2019 09:14
Especuloscopia	No Evaluado 27-06-2019 09:02 No Evaluado 15-07-2019 09:14 No Evaluado 07-06-2024 08:38
Extremidades	Anormal Quiste Dede D Emana Derecha En Grillo 18-08-0023 00:00 Normal 27-06-2019 09:02 Normal 15-07-2019 09:14

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE ALDEMAR CASTAÑEDA OSORIO
Documento: CC 10.094.546 H.C. 10094546
Fecha nacimiento: Sep.01/1955 Edad: 68 Años Sexo: Masculino
Dirección: CLLE 4 8 05 VILLAVICENCIO Télefono: 3003980785 Ciudad: PEREIRA
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Etnia: Otros
Número de Ficha: 31668 Nivel: Nivel 1
Atención: 11 Fecha: Jun.07/2024 Hora: 08:34
Causa externa: Enfermedad General Finalidad: No Aplica

	Normal 27-05-2021 10:16 Normal 02-06-2021 09:32 Normal 15-09-2021 14:18 Normal 10-08-2023 10:37 Normal 07-06-2024 08:38

Total: 0

Clasificación:

Tipo de población
Paciente LGBTI

No 10-08-2023 10:46
No 18-08-2023 12:59
No 07-06-2024 08:38

Total: 0

Clasificación:

TECNOLOGÍAS BLANDAS
NO CORRESPONDE

Histórico para seguimiento

Fecha	Hora	Total	Título	Clasificación	Profesional

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: 28 MES: 12 AÑO: 2024

NOMBRES – APELLIDOS: JOSE ALDEMAR CASTAÑEDA

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

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

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 NO Firma. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

ANALISIS DEL RESULTADO: USUARIO SIN DIFICULTAD PA RAR REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS _____

Camila Cantono.

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

No Firma.

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

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé NutritionInstitute

Apellidos: Castañeda Nombre: Jose aldemar

Sexo: M Edad: 78 Peso, kg: 52 Altura, cm: 156 Fecha: 12/06/24

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
1

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.
2

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos) 12

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 25 ☐.☐

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31 33 ☐

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.

NOMBRE _____. **FECHA** _____

PESO 52.3 **TALLA:** 156 **IMC:** 21.5

Peso insuficiente, Disminución moderada de masa muscular.

PP: 33
PB: 25

FIRMA USUARIO: ALC

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

Alcaldía de PEREIRA

TEST MINIMENTAL - CENTRO VIDA

Version: 01

Fecha de Vigencia: Julio 05 de 2019

FECHA:

Nombre completo: Jose Aldemar Cast	Documento de identidad: 1009596.
Grupo: Centro Vida Oriente	Examinado por: Yomara Quintero

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año — 2 / 5
- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación — 5 / 5

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

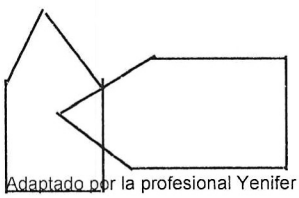
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? — 2 / 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 3 / 3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? — 0 / 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj — 2 / 2
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros — 1 / 1
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? — 2 / 2
- ¿Que son un perro y un gato? — 3 / 3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa — 1 / 1
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS — 1 / 1
- Escriba una frase — 0 / 1
- Copie este dibujo — 1 / 1



30-27 sin deterioro
26-25 deterioro cognitivo leve 26.
24-10 demencia leve
9-0 demencia

Adaptado por la profesional Yenifer Peña Pérez, para el programa Centro Vida 2019

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

FECHA DE APLICACION: DIA: 28 / MES: 10 / AÑO: 2024 /	
NOMBRE COMPLETO Jose Aldemar Castañeda.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 10064536.
GRUPO Centro Vida Oriente.	ENTREVISTADO POR Yamara Quintero.

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

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

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

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

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

FIRMA PROFESIONAL: Yamara Quintero.

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	
	FAMILY APGAR	**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

FECHA DE EVALUACION: **DIA:** 16 / **MES:** Septiembre / **AÑO:** 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Aldemar Castañeda / **C.C:** 1009456 /

Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. **Familia:** se define como el o los individuos con quien usted usualmente vive. Si usted vive solo, ahora su "familia" consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene lazo emocional más fuerte. Para cada pregunta **MARCA SOLO UNA "X"** a la que parezca aplicar para usted.

Aspecto Evaluado	Nunca (0 PTOS)	Casi Nunca (1 PTO)	Algunas Veces (2 PTOS)	Casi Siempre (3 PTOS)	Siempre (4 PTOS)
1- Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad – ***(ADAPTACION)***	☐	☒	☐	☐	☐
2- Me satisface la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo – ***(PARTICIPACION)***	☐	☐	☒	☐	☐
3- Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades – ***(AFECTO)***	☐	☐	☒	☐	☐
4- Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza – ***(CRECIMIENTO)***	☐	☐	☒	☐	☐
5- Me satisface como compartimos en mi familia. a) El tiempo para estar juntos; b) Los espacios en la casa; c) El dinero – ***(RESOLUCION)***	☐	☐	☒	☐	☐

ANALISIS RESULTADO:

En base a la puntuación de la aplicación en el Family APgar, el individuo beneficiario al Programa Centro Vida Oriente, carece de apoyo economica y Emocional. Refiere" Sintirse Solo sin respaldo, en momentos de necesidad" Aunque puede haber momentos de apoyo, los interaciones en general no son sastifatorias.

Ivz Neira Renteria

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 35545886

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

COOPERATIVA MULTISER



AÑOS ESTUDIO: 1 PRIMARIA DX: FECHA: 19-12-2024

NOMBRE: JOSE ALDEMAR CASTAÑEDA OSORIO EDAD: 69 Sexo: M

Independiente X Necesita Asistencia___ Hospitalizado(a)___

		Score 1	Score 2
Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación			
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos ?	1	
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	4%	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 ?	1	
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted ?	0	
D4.4	Hacer nuevos amigos?	0	
D4.5	Tener relaciones sexuales?	1	
	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?	1	
	Domain Score	3%	0%
	Overall Score	2,88%	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

EVIDENCIA BUENA COMPRENCION Y COMUNICACIÓN, ESTE DOMINIO NO PRESENTA AFECTACION

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

CONSERVA LA FUNCIONALIDAD MULTIDIMENCIONAL

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

REFIERE, REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO DE FORMA INDEPENDIENTE

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

REFIERE MANEJAR EXCELENTES RELACIONES INTERPERSONALES

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

ES INDEPENDIENTE Y AUTOMONO

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

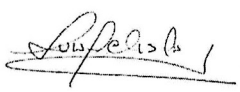
PARTICIPA DEL PROGRAMA CENTRO VIDA OTRAS Y ACTIVIDADES DE SU BARIO

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 2.88%/4.00% - SIN DIFICULTAD

Se debera preservar la FUNCIONALIDAD DE LOS 6 DOMINIOS, es así como se deben establecer rutinas para: Actividad Física y Estimulacion Cognitiva, ademas de mantenerse activo socialmente.

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



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

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

ACTIVIDAD: La Ley 1276 de 2009, establece nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los Centros Vida. Esta ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de las categorías A1 a C18 del SISBÉN IV, contribuyendo así, a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida. Los servicios mínimos que ofrecerán los Centros Vida serán los siguientes:

SERVICIO	SIX	NO
1. Alimentación.	X	
2. Orientación Psicosocial.	X	
3. Atención Primaria en Salud.	X	
4. Aseguramiento en Salud.	X	
5. Deporte, Cultura y Recreación.	X	
6. Auxilio Exequial.	X	
7. Manutención de alimentos	X	
8. Otras.	X	

DESCRIPCIÓN

De los posibles riesgos en las actividades y las que pudieran derivarse:

- Caída, especialmente en la zona húmeda, por lo que se recomienda hacer uso de sandalias.
- Lesión durante la realización de las actividades deportivas, recreativas, culturales y de manualidades, se recomienda seguir todas las indicaciones de los profesionales encargados de las actividades.
- Si presenta una patología de base pueden existir diferentes posibilidades de riesgo en la ejecución de las actividades anteriormente mencionadas, sin embargo, los profesionales tendrán presente estas en el momento de elaborar los planes de intervención y comunicarán las indicaciones pertinentes y/o restricciones de considerarlo necesario, con la intención de prevenir contratiempos.

Yo, Jose Aldemar castañeda, con cedula N° 10094546, entiendo que las actividades a realizar arriba descritas implican tener beneficios para mi salud además de la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas, según fui informado en detalle por parte de los orientadores de las actividades. Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias arriba descritas en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante las actividades y entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al mínimo posible.

Firmado en la ciudad de: Pereira a los 23 del mes de 05 del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: _____

Firma – cedula - huella del acudiente: No Firma

Firma - cedula del orientador: Luz Neira 35545788