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

NOMBRE ADULTO MAYOR: _____

GRUPO: _____ JORNADA: _____

TELEFONOS: _____

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

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	✓		
21	Escala Medical Research Council (MRC)	✓		
22	Cuestionario – Sobrecarga del cuidador - Zarit	—	—	No está en contrato
VALORACION – AREA DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN				
23	Evaluación – AIVD – Escala de Lawton			
24	Escala de Tinetti Modificada			
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.			

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: _____ **MES:** _____ **AÑO:** _____.

_____

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 117

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 23 MES 05 AÑO 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jose Fernando Grisales Quintero

LUGAR DE NACIMIENTO: Pueblo Rico FECHA: DIA 23 MES 05 AÑO 1946

DIRECCIÓN: Cra 11 # 1-49

TELEFONO: 3194516811

EDAD: 78 CATEGORIA SISBEN: B7 DESPLAZADO No EPS S.O.S

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Sorany Grisales Muñoz
DIRECCIÓN Cra 11 # 1-49 Popular Modelo
TELEFONO 3041169994

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (x) -Sisben (x) -Otro (X)
Cuál Historia Clinica

Nombre del funcionario: Gloria Inés Arias

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 Fernando	Apellidos Grisales Quintero
Documento de identidad 4526916	Expedida 19/sep/1968 Pueblo rico

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	X
Edad superior o igual a 55 años	–	–	X	Abandono familiar	–	Sedentarismo	X
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 Lucía Alzate González
Nombre Gerontólogo(a)

Carolina Rodriguez
Nombre Psicólogo(a)

Firma

Carolina R.

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 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Fernando Grisales PARENTESCO ——— /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jose Fernando Grisales Q C.C 4526916 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 23 / M 05 / A 1946 / Pueblo Rico / EDAD 78 / SEXO M /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cra 11 # 1-49 / BARRIO Popular modelo /

EPS S.O.S / PUNTAJE SISBEN B7 / TIPO SANGRE O+ /

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

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

COMUNA Universidad TELÉFONO FIJO ——— / CELULAR 3194516811 /

OCUPACIÓN: ACTUAL ——— / ANTERIOR Oficios Varios /

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

CUÁL: ——— / NINGUNO: X /

PERSONA DE CONTACTO Sorany Grisales Muñoz /

DIRECCIÓN Cra 11 # 1-49 TELÉFONO 3041189994 PARENTESCO Hija /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: Discopatia /

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

AFECTACIÓN MENTAL: ESTRÉS X / 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	Sorany Grisales Muñoz	37	Hija	
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	Adiela Muñoz	71	Expareja	—
6	—	—	—	—

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	—	—	—	X
PARIENTES	—	—	—	X
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 de movilidad /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

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. 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 —/ NO X/ 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 —/ FAMILIAR —/ ARRENDADA X/ 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 X/ VENTANAS X/ BAÑO INCOMPLETO —/ DIVISIONES X/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES —/ DORMITORIO COMPARTIDO —/

DORMITORIO AISLADO X/ HUMEDADES —/ ILUMINACIÓN-VENTILACIÓN INTERNA DEFICIENTE X/

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: Gloria Inés Arias /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1283092546

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: Fernando

PRIMER APELLIDO: Grisales

SEGUNDO APELLIDO: Quintero

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: 23/may/1946

No. Documento 4526916

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 78

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta
1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: B7

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: S.O.S Pereira

¿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 [X] PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD
6 [ ] COMUNIDADES (Negras, Afro, Palenqueras y Raizales).
7 [ ] PUEBLO Rrom (Gitanos)
8 [ ] OTRO. ¿CUAL?

¿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
[X] GOBIERNO
[ ] SECTOR PRIVADO

2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Colombia Mayor
2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Escucha música Cristiana, lee la biblia, Ve televisión

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: Cra 11 # 1-49
BARRIO: Popular Modelo

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: 3194516811 TELÉFONO MÓVIL: 3194516811 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Sorany Gonzales Muñoz PARENTESCO: Hija
TELÉFONO DE CONTACTO: 3041169994

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 [—] OFICIOS DEL HOGAR
10 [X] 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

Sentirme bien atendido por los profesionales

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Hipertensión Arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, dolor crónico por discopatía, Hipertrigliceridemia

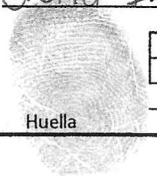
INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Gloria Inés Arias

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
23	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O 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 Fernando

APELLIDOS: Grisales Quintero

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 23 / MES: Mayo / AÑO: 1946

EDAD: 78 SEXO M / CÉDULA DE CIUDADANIA: 4526916 / TIPO SANGRE: O+

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: Cra 11 # 1-49 / BARRIO: Popular modelo

COMUNA: Comuna Universidad / VEREDA: ——

TELEFONO FIJO: —— / CELULAR: 3194516811 / PLAN FUNERARIO: Mapfre

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: S.O.S / PUNTAJE SISBEN B7

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Losartan, metformina, pregabalina

ALERGIA A MEDICAMENTOS: ——

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

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

FACTORES PROTECTORES: EJERCICIO: — / 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: X / SOLO: — / OTRO: —

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Sorany Grisales Muñoz

PARENTESCO: Hija / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3041169994

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

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

CORREO ELECTRONICO: gloriac612002@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 del año 2024.

Firma:

Nombre: Fernando Gresa

Identificación: 4526916



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	SI X	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 Fernando Grisales Quintero, con cedula N° 4526916, 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 Mayo del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: Fernando Grisales CC 4526916

Firma – cedula - huella del acudiente: _____

Firma - cedula del orientador: CC: 1225092595

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.526.916**
GRISALES QUINTERO

APELLIDOS
JOSE FERNANDO

NOMBRES



FIRMA



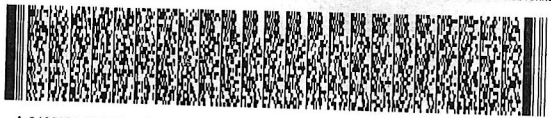
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAY-1946**
PUEBLO RICO
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-SEP-1968 PUEBLO RICO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2400100-00089981-M-0004526916-20081007 0004072076A 1 4560004139

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 01/06/2024

Ficha: 66001003565500000285

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE FERNANDO

Apellidos: GRISALES QUINTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4526916

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/10/2019

Última actualización ciudadano: 29/10/2019

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

9

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	4526916
NOMBRES	JOSE FERNANDO
APELLIDOS	GRISALES QUINTERO
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S. -CM	SUBSIDIADO	01/01/2007	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/01/2024 08:35:57	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional - 018000910383

Comfamiliar RISARALDA	Copia Paciente	FORMULA POS AMB. PYP 58875495 0101	Código:
	Comfamiliar Risaralda NIT: 891480000 Area de Servicios: MEDICINA		Versión No:
			Vigente a partir:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Ciudad: PEREIRA RDA.	Fecha: 2024/05/07	Entidad: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. EPS	Plan: SUBSIDIADO SOS PLAN POS 2018 (Capitado)
Nombre: JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO		Documento: CC 4526916	Fecha Nacimiento: 1946/05/23
Sexo: MASCULINO	Edad: 77 AÑOS 11 MESES 14 DÍAS	Ocupación: INDETERMINADO	Obs: **101 MEDICINA**
Procedencia: PEREIRA		Zona: URBANA / Teléfono: 3108423153	
Dirección: CALLE 73 N 36 15		Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO	
Cotizante: CC 4526916		Categoría: A	Estado Civil: INDETERMINADO

Codigo del Diagnostico: I10X | Tipo de Contingencia: ENFERMEDAD GENERAL

MEDICAMENTOS	*CANTIDAD*	*Indicaciones*	*JUSTIFICACION*	*SOLO 1ERA FORMULA*
LOSARTAN POTASICO TABLETA 50MG	30	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS		SI
METFORMINA CLORHIDRATO TABLETA 850MG	30	TOMAR 1 TABLETA CON EL ALMUERZO		SI
ACETAMINOFEN TABLETA 500MG	90	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS.		SI

RECOMENDACIONES

MEDICO		PACIENTE	VALOR TOTAL	$
Firma Digitalizada:			Cuota Moderadora	$
ZAMORA AGUDELO OLGA JANETH		JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO	Neto A Pagar IPS	$
CC42028058	Reg: 15541-03	CC 4526916	Expendedor	Especialidad MEDICINA GENERAL

ESTA FORMULA ES VALIDA POR TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6300870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional - 018000910383

Comfamiliar RISARALDA	Copia Paciente	FORMULA POS AMB. PYP 58877691 0102	Código:
	Comfamiliar Risaralda NIT: 891480000 Area de Servicios: MEDICINA		Versión No:
			Vigente a partir:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Ciudad: PEREIRA RDA.	Fecha: 2024/06/07	Entidad: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. EPS	Plan: SUBSIDIADO SOS PLAN POS 2018 (Capitado)
Nombre: JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO		Documento: CC 4526916	Fecha Nacimiento: 1946/05/23
Sexo: MASCULINO	Edad: 78 AÑOS 0 MESES 15 DÍAS	Ocupación: INDETERMINADO	Obs: **511 PROGRAMA TALLERES RCV**

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6300870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional - 018000910383

PD

PRESTACION DIRECTA DE SERVICIOS COMFAMILIAR RISARALDA IPS

Orden de prestación de servicio que no requiere autorización y se le realizara en las instalaciones de Comfamiliar Risaralda IPS.

Para la toma de exámenes de laboratorio se debe solicitar cita previa a través del Call Center 3135700 horario de lunes a viernes de 2 a 5 pm o a través del chat de Comfamiliar

Comfamiliar RISARALDA	Original	58875495 08	Código:
	Comfamiliar Risaralda NIT: 891480000 Area de Servicios: MEDICINA		Versión No:
			Vigente a partir:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Ciudad: PEREIRA RDA.	Fecha: 2024/05/07	Entidad: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. EPS		Plan: SUBSIDIADO SOS PLAN POS 2018 (Capitado)
Nombre: JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO		Documento: CC 4526916		Fecha Nacimiento: 1946/05/23
Sexo: MASCULINO	Edad: 77 AÑOS 11 MESES 14 DÍAS	Ocupación: INDETERMINADO		Obs: **101 MEDICINA**
Procedencia: PEREIRA		Zona: URBANA	Teléfono: 3108423153	
Dirección: CALLE 73 N 36 15		Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO		
Cotizante: CC 4526916		Categoría: A		Estado Civil: INDETERMINADO
Codigo del Diagnostico:		Tipo de Contingencia:		

INTERCONSULTA AMBULATORIA

	ESPECIALIDAD	JUSTIFICACION	FINALIDAD
☐	890201 CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	CITA RCV	NO APLICA

MÉDICO

ZAMORA AGUDELO OLGA JANETH	CC42028058	Reg: 15541-03	Firma Digitalizada:

Si sus servicios son autorizados para Salud Comfamiliar, por favor escaneé el siguiente código QR, para conocer los canales de atención ó ingrese a www.saludcomfamiliar.com/QR

Alcaldia 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

NOMBRE ADULTO MAYOR: _____

GRUPO: _____ JORNADA: _____

TELEFONOS: _____

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

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	✓		
21	Escala Medical Research Council (MRC)	✓		
22	Cuestionario – Sobrecarga del cuidador - Zarit	—	—	No está en contrato
VALORACION – AREA DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN				
23	Evaluación – AIVD – Escala de Lawton			
24	Escala de Tinetti Modificada			
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.			

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: _____ **MES:** _____ **AÑO:** _____.

_____

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 117

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 23 MES 05 AÑO 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jose Fernando Grisales Quintero

LUGAR DE NACIMIENTO: Pueblo Rico FECHA: DIA 23 MES 05 AÑO 1946

DIRECCIÓN: Cra 11 # 1-49

TELEFONO: 3194516811

EDAD: 78 CATEGORIA SISBEN: B7 DESPLAZADO No EPS S.O.S

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Sorany Grisales Muñoz
DIRECCIÓN Cra 11 # 1-49 Popular Modelo TELEFONO 3041169994

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (x) -Sisben (x) -Otro (X)
Cuál Historia clinica

Nombre del funcionario: Gloria Inés Arias

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

Ei 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 Fernando	Apellidos Grisales Quintero
Documento de identidad 4526916	Expedida 19/sep/1968 Pueblo rico

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	X
Edad superior o igual a 55 años	–	–	X	Abandono familiar	–	Sedentarismo	X
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 Gonzalez
Nombre Gerontólogo(a)

Carolina Rodriguez
Nombre Psicólogo(a)

Firma

Carolina R.

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 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Fernando Grisales PARENTESCO ____/

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jose Fernando Grisales Q C.C 4526916 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 23/ M 05/ A 1946/ Pueblo Rico / EDAD 78 / SEXO M /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cra 11 # 1-49 / BARRIO Popular modelo /

EPS S.O.S / PUNTAJE SISBEN B7 / TIPO SANGRE O+ /

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

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

COMUNA Universidad TELÉFONO FIJO ____/ CELULAR 3194516811 /

OCUPACIÓN: ACTUAL ____/ ANTERIOR Oficios Varios /

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

CUÁL: ____/ NINGUNO: X /

PERSONA DE CONTACTO Sorany Grisales Muñoz /

DIRECCIÓN Cra 11 # 1-49 TELÉFONO 3041189994 PARENTESCO Hija /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: Discopatia /

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

AFECTACIÓN MENTAL: ESTRÉS X / 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	Sorany Grisales Muñoz	37	Hija	
2				
3				
4				