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: Hernan de Jesus Osorno

GRUPO: Amarillo JORNADA: Pm
TELEFONOS: 3128921215

#	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	SOLICITUD DE CUPO	X		falta numero cupo y fecha
2	EVALUACION SOCIOECONOMICA	X		
3	APROBACION DE CUPOS - POR COMITÉ ADMISIONES	X		falta firmar y fecha
4	FICHA DE INSCRIPCION	X		
5	HOJA DE VIDA	X		falta foto
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)	X		
	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		

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 esta 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	X		
26	Prueba de entrada - Área Educación	X		
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X		falta firma coordinación

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 11 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Arias, Trabajo Social 1125092595

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 168

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 21 **MES** 05 **AÑO** 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Hernan De Jesus Osono Vargas

LUGAR DE NACIMIENTO: Pereira **FECHA: DIA** 15 **MES** 02 **AÑO** 1962

DIRECCIÓN: Cra 14 Mz A Cs 19

TELEFONO: 3128921215

EDAD: 63 **CATEGORIA SISBEN:** C1 **DESPLAZADO** No **EPS** Sura

RH A+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Roselia Osono
DIRECCIÓN Mz A Casa 19 San Gregono TELEFONO 3128921215

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (✓) -Sisben (✓) -Otro (✓)
Cuál Histona clinica

Nombre del funcionario: Gloria Inés Arias

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 21 / MES Mayo / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Hernan Osono PARENTESCO — /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Hernan de Jesus Osono C.C 1006195 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 15/ M 02/ A 1962/ Pereira / EDAD ___ / SEXO M/

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Mz A Casa 19 / BARRIO San Gregorio/

EPS Sura / PUNTAJE SISBEN C1 / TIPO SANGRE A+ /

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

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

COMUNA Oriente / TELÉFONO FIJO — / CELULAR 3128921215 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ninguna / ANTERIOR Ayudante ebanistería/

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

CUÁL: — / NINGUNO: —/

PERSONA DE CONTACTO Roselia Osorio /

DIRECCIÓN Mz A Cs 19 TELÉFONO 3128921215 PARENTESCO Hermana /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL —/ OTRAS CUALES: — /

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

AFECTACIÓN MENTAL: ESTRÉS —/ ANSIEDAD —/ DEPRESIÓN —/ DEMENCIA —/
OTRAS X / CUALES: Trastorno del humor afectivo /

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD: MUY BUENA —/ BUENA —/ REGULAR X/ 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	Roselia Osorio	75	Hermana	Ama de Casa
2	Julian Stiven Pavas	31	Sobrino	Ninguna
3	Juan Camilo Pavas	22	Sobrino	Oficios varios
4	—	—	—	—

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

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

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

VESTUARIO: SI X/ NO —/ TRANSPORTE: SI X/ NO —/ 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 X/ VENTANAS X/ BAÑO INCOMPLETO —/ DIVISIONES X/

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: Gloria Inés Arar /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1225092595

5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

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

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?

Manualidades, actividad física /

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

OTROS CUÁLES? — /

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. —

C.T.A. MULTISER	FICHA DE INSCRIPCIÓN 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: Hernan

SEGUNDO NOMBRE: De Jesus

PRIMER APELLIDO: Osorio

SEGUNDO APELLIDO: Vargas

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: 15 febrero 1962

No. Documento 10106195

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 63

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta
1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: 01

ESTADO CIVIL:
CASADO(A) [ ]
SOLTERO(A) [X]
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: Sura

¿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 [ ] NINGUNO
2 [ ] PRIMARIA COMPLETA
3 [ ] PRIMARIA INCOMPLETA
4 [ ] SECUNDARIA COMPLETA
5 [X] 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 ALGUN(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

Ver tv, pintar mandalas, sopas de Letras.

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: Mz A Casa 19 — BARRIO: San Gregorio

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3128921215 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Roselia OSorio — PARENTESCO: Hermana

TELÉFONO DE CONTACTO: 3128921215

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

Mejorar 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: Glona Inés Arias

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
21	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA



OBSERVACIONES: Riesgo de caidas.

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 Hernan De Jesús	Apellidos Osono Vargas
Documento de identidad 10106195	Expedida Pereira 2/06/1980

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	C X	Enfermedad mental	X	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 21 Mes 05 Año 2024

Firma

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Nombre Gerontólogo(a)

Nombre Psicólogo(a)

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: Hernan De Jesus

APELLIDOS: Osorio Vargas

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 15 / MES: Febrero / AÑO: 1962

EDAD: 63 SEXO: M / CÉDULA DE CIUDADANÍA: 10106195 / TIPO SANGRE: A+

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

HOJA VIDA No: —

DIRECCIÓN: Mz A Casa 19 / BARRIO: San Gregorio

COMUNA: — / VEREDA: —

TELÉFONO FIJO: — / CELULAR: 3128921215 / PLAN FUNERARIO: Mapfre

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: Sura / PUNTAJE SISBEN C1

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Carbamazepina, acido valproico y trazodona

ALERGIA A MEDICAMENTOS: —

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

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

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

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

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

CONVIVENCIA: PAREJA: — FAMILIA: — SOLO: — OTRO: Hermana

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Roselia Osorio

PARENTESCO: Hermana / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3128921215

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

DIRECCIÓN: Cra 13 # 2E - 04 / TELÉFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRÓNICO: gloria616200@hotmail.com

ANEXOS: CEDULA: (✓) SISBEN: (✓) ESTUDIO SOCIOECONÓMICO: (✓) 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 21 días del mes de 05 delaño 2024

Firma: Hernán Osorio.

Nombre: Hernan Osorio Vargas

Identificación: 1010195



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.106.195**

OSORIO VARGAS

APELLIDOS

HERNAN DE JESUS

NOMBRES

Hernan Osorio Vargas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-FEB-1962**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

02-JUN-1980 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00323667-M-0010106195-20110817 **0027**69116A 1 4541466064

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 02/08/2024

Ficha: 66001041565000000158

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: HERNAN DEJESUS

Apellidos: OSORIO VARGAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10106195

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/10/2019

Última actualización ciudadano: 11/10/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

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	10106195
NOMBRES	HERNAN DE JESUS
APELLIDOS	OSORIO VARGAS
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	EPS SURAMERICANA S.A. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/02/2024 15:52:53	**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

Nombre Paciente	HERNAN DE JESUS OSORIO VARGAS	**Documento / Historia**	10106195	**Ingreso**	176059
Edad	62 Años / 3 Meses / 27 Días **Sexo** Masculino	**Estado Civil**	Soltero	**Procedencia**	PEREIRA
Fecha Nacimiento	15/02/1962 **Dirección** MZ D CASA 15/18 SAN GREGORIO			**Teléfono**	3249684
Entidad	EPS SURA CON MOVILIDAD	**Regimen**	Subsidiado	**Fecha Ingreso**	13/06/2024 1:28:14 p. m.
Acudiente		**Teléfono**		**Parentesco**	
Acompañante		**Teléfono**		**Nivel educativo**	2- Básica Primaria

Folio N° 9 **Fecha grabación de folio** **13 de junio de 2024 1:38 p. m.**

MOTIVO DE CONSULTA

ASISTE A CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL, ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADO, EN MANEJO CON CARBAMAZEPINA 600 MG/DÍA, TRAZODONA 50 MG/NOCHE, ÁCIDO VALPROICO 250 MG/DÍA, REFIERE UNA ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, ESTÁ DURMIENDO Y COMIENDO ADECUADAMENTE, ES INDEPENDIENTE EN LA REALIZACIÓN DE TODAS SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, NO ES HOSTIL NI AGRESIVO, NIEGA IDEAS DE MUERTE O DE SUICIDIO.

REVISIÓN POR SISTEMAS

VER HISTORIA PREVIA

13/06/24 ALT 13 AST 23 CBZ 8 LEU 3.74 HB 12 HTO 36.6 LEU 6370 NEU 3420 LIN 2340 PLT 259000 PCR 6.9 COL TOTAL 164 GLICEMIA 83.75 TAG 71

VARIABLES FISIOLÓGICAS

Frecuencia Cardiaca	75	x min	**Tensión Arterial Sistólica**	120		**Talla**	160	cm
Frecuencia Respiratoria	16	x min	**Tensión Arterial Diastólica**	80		**Peso**	56	Kg
Temperatura	36,00	° C	**Tensión Arterial Media**	93	mmHg	**Indice de Masa Corporal**	21,88	
						Perímetro abdominal	80	cm

EXÁMEN FÍSICO Y MENTAL

ASPECTO CUIDADO, EDAD APARENTE QUE CORRESPONDE A LA CRONOLÓGICA, ALERTA, ORIENTADO, AFECTO PUERIL, EUQUINÉTICO, CONCRETO, POBRE PRODUCCIÓN IDEATORIA, NO IMPRESIONA ACTITUD ALUCINATORIA, JUICIO DEBILITADO.

ÁLISIS

PRESENTA ESTABILIDAD SINTOMÁTICA, DEBE CONTINUAR CON IGUAL ESQUEMA FARMACOLÓGICO, ES NECESARIO QUE SE HAGA LOS PARACLÍNICOS QUE SE SOLICITARON DESDE EL CONTROL PREVIO. SEGUIMIENTO EN 6 MESES

IMPRESION DIAGNOSTICA

CODIGO	NOMBRE	DESCRIPCION DX	PRINCIPAL	TIPO
F710	RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO		[x]	Definitivo
F39X	TRASTORNO DEL HUMOR [AFECTIVO], NO ESPECIFICADO		[ ]	Definitivo

PLAN DE TRATAMIENTO EXTERNO

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
540	CARBAMAZEPINA 200 MG TAB	UNA CADA 8 HORAS.
180	ACIDO VALPROICO 250MG CAP	UNA EN LA NOCHE.
180	TRAZODONA 50 MG TAB	UNA EN LA NOCHE

INDICACIONES MEDICAS

NOMBRE	OBSERVACIONES
Salida_Consulta_Externa	CONTROL POR PSIQUIATRÍA EN SEIS MESES

OSCAR FABIAN MORAN ORTIZ
R.M.540-10
Especialidad PSIQUIATRIA

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Osorio Vargas Nombre: Henan de Jesas

Sexo: M Edad: 62 años Peso, kg: 57.9 Altura, cm: 155 Fecha: 5/07/24

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 — 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 — Dificultad para comunicar — 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 — 25

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31 — 33.5

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 Hernan Osorio. FECHA 3/07/24

PESO 57.9 TALLA: 155 IMC: 24.1

Peso Adecuado, Disminución moderada de masa muscular, Refiere Discapacidad mental.
PP: 33.5
PB 25

FIRMA USUARIO: *Hernán de Jesús Osorio Vargas

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ TALLA: _____ IMC:_____

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ TALLA: _____ IMC:_____

FIRMA USUARIO

NOVIEMBRE 5 DE 2024, CENTRO VIDA ORIENTE PEREIRA

Desde el área de **PSICOLOGÍA** se establecen la aplicación del **MINI MENTAL TEST** como una de las evaluaciones para determinar el estado mental de los usuarios. Sin embargo por la situación de salud de algunos de ellos, no es posible realizar su aplicación dado que el resultado no sería confiable y perdería validez.

Este es el caso de **HERNAN DE JESUS OROSIO,** identificado con **CC. 10106195,** quien tiene un diagnóstico de retraso mental moderado, por el que no es confiable realizar la evaluación de MINI MENTAL TEST para identificar deterioro cognitivo.

XIOMARA ELENA QUINTERO CASTAÑO
PSICÓLOGA, ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
TP.207410



CC. 1088028108

FECHA:

Nombre completo: Hernan De Jesus Osorio	Documento de identidad: 10106195
Grupo: Centro Vida Oriente.	Examinado por: Yamara Quintero

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

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	PUNTUACIÓN TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango **saludable**.	4
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

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: 31 / MES: Octubre / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Hernán de Jesus Osono / C.C: 10106195 /

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:

Un puntaje de 18 señala una percepción positiva de apoyo familiar, mostrándose respaldado en aspectos como: Adaptación, participación, afecto, toma de decisiones, crecimiento y resolución de conflictos. Para potenciar estos aspectos, se concientiza frente la importancia de una comunicación abierta y bidireccional, fomentando a su vez el apoyo mutuo en situaciones de crecimiento y participación.

Elena Inés Anas Molina

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO

TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 1225092595

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: BACHILLER Y SENA DX: HTA FECHA: 29-10-2024

NOMBRE:HERNAN DE JESUS OSORIO VARGAS EDAD: 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 ?	1	
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?	2	
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]?	2	
	Domain Score	20%	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	Tener 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?	2	
D5.3	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	1	
D5.4	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer ?	0	
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario?	2	
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo?	2	
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	0	
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario ?	0	
	Domain Score	22%	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) ?	1	
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	1	
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	
D6.4	Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	2	
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud" ?	2	
D6.6	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud" ?	2	
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud?	2	
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	1	
	Domain Score	38%	0%
	Overall Score	15,59%	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, SE DEBERA INCLUIR PLAN DE EJERCICIOS

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

SUS AIVD, LA REALIZA DE MANERA MODERADA, REQUIERE SUPERVISION

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

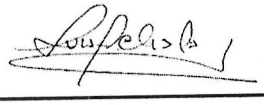
SU ESTADO DE SALUD LIMITALA PARTICIPACION EN ACTIVIDADES SOCIALES.

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 15.59%/26.00% - DIFICULTAD LEVE

Se debera preservar la FUNCIONALIDAD DE LOS 6 DOMINIOS, especialmente en los dominios 2 y 6. es así como se deben establecer rutinas para: Actividad Física y Estimulacion Cognitiva, ademas de continuar siendo 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	SI	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	
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, Hernan De Jesus Osorio Vargas, con cedula N° 10106195, 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 21 del mes de mayo del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: Hernán Osorio

Firma – cedula - huella del acudiente: _____

Firma - cedula del orientador: T225092595

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): Hernan de jesus osorio	
CEDULA: 10106195	EDAD: 63
DIRECCION RESIDENCIA: M2A C519	TELEFONOS: 3128921215
EAPB: Sura.	GRUPO: Amarillo JORNADA: Tarde.

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
06/10	Paciente con Retraso mental asiste al medico cada 3 meses. por control. Se le toma Signos Vitales Saturador = 95 R = 84 TA = 110/70 T = 34,5.	Camilo C Enfermera.
12/10	Paciente se cae desde su misma altura Realizamos curacion en la parte superior de la ceja izquierda tuvo lecion de aproximadamente 2 cm de largo tambien Tuvo lesión en el labio superior de la boca, se remite y traslada al hospital de Kennedy con signos Vitales de 160/86 concardia de 95 y respiratoria 16 y Temperatura de 36.5.	Camilo C Enfermera.

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: HERNAN DE JESUS OSORIO

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 _____. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

ANALISIS DEL RESULTADO: USUARIO CON DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS _____

Camila Contreno

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO ***FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO***

Alcaldía de PEREIRA

C.T.A. MULTISER

CENTRO VIDA ORIENTE

Mini-BESTest: Test de evaluación de los sistemas de equilibrio

Nombre / código del sujeto	Fecha	Evaluador/a
Hernande Jesus Osorio	1/11/24 PM	Sara Llanos FT

ANTICIPATORIO **SUBPUNTUACIÓN: 3 /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 piernas se 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. Intente ponerse 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."

- [ ] (2) Normal: Estable durante 3 segundos con la altura máxima.
- [X] (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: Tpo en s Prueba 1:	Prueba 2:	Dcha: Tpo en s Prueba 1:	Prueba 2:
[ ] (2) Normal: 20 s		[ ] (2) Normal: 20 s	
[ ] (1) Moderado: < 20 s		[ ] (1) Moderado: < 20 s	
[X] (0) Grave: incapaz		[X] (0) Grave: incapaz	
X		X	

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].

CONTROL POSTURAL REACTIVO **SUBPUNTUACIÓN: 3 /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."

- [ ] (2) Normal: Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [X] (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."

- [ ] (2) Normal: Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [X] (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 (cruza- do o lateral es correcto).	[ ] (2) Normal: recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto).
[X] (1) Moderado: varios pasos para recuperar el equilibrio.	[ ] (1) Moderado: varios pasos para recuperar el equilibrio.
[ ] (0) 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.

ORIENTACIÓN SENSORIAL **SUBPUNTUACIÓN: 2 /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 sus ojos"

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: 5 /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. Cuando 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.

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".

☐ (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 pueda y pare. Después del giro sus pies deben estar próximos."

☐ (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 alrededor y siga caminando".

☐ (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 la 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."

31,17s

TUG: segundos TUG doble tarea: segundos

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

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

PUNTUACIÓN TOTAL: 15 /28

Alcaldía de PEREIRA

C.T.A. MULTISER

CENTRO VIDA ORIENTE

Instrucciones para el Mini-BESTest

Condiciones del sujeto: el sujeto debería ser valorado con zapatos planos O sin zapatos ni calcetines.

Equipamiento: Gomaespuma Temper® (también llamada T-foam™ de 10 cm de grosor, densidad media (T41, clasificación de firmeza), silla sin reposabrazos o ruedas, rampa inclinada, cronómetro, una caja (de 23 cm altura) y una marca con cinta adhesiva a 3 metros de distancia de la silla, pegada en el suelo.

Puntuación: El test tiene una puntuación máxima de **28 puntos para 14 ítems,** valorados cada uno de ellos de 0 a 2.

"0" indica el nivel de función más bajo y "2" el nivel de función más alto.

Si un sujeto necesita asistencia para un ítem, puntúe ese ítem una categoría más baja. Si un sujeto requiere asistencia física para realizar el ítem, puntúe "0" para ese ítem.

Para el Ítem 3 (de pie en una pierna) e Ítem 6 (paso compensatorio-lateral) sólo se incluye la puntuación para un lado (la peor puntuación). Para el Ítem 3 (de pie en una pierna) seleccione el mejor tiempo de los dos registros (para un lado) para la puntuación.

Para el Ítem 14 (Test Up & Go cronometrado con doble tarea) si la persona camina lentamente más de un 10% entre el TUG sin y con doble tarea, entonces la puntuación debe disminuir en un punto.

1.SENTADO A DE PIE	Anote el inicio del movimiento y el uso de las manos del sujeto en la silla, los muslos o el empuje de los brazos hacia delante.
2.PONERSE DE PUNTILLAS	Permita al sujeto dos intentos. Puntúe el mejor de ellos. (Si sospecha que el sujeto consigue menos que la máxima altura, pídale alzarse mientras coge las manos del examinador). Asegúrese de que el sujeto mira a un objetivo fijo situado a 1 - 4 m por delante.
3.MANTENERSE EN UNA PIERNA	Permita al sujeto dos intentos y registre los tiempos. Registre el número de segundos que el sujeto puede sostenerse, hasta un máximo de 20 s. Pare el tiempo cuando el sujeto mueva las manos de sus caderas o ponga un pie abajo. Asegúrese de que el sujeto mira a un objetivo fijo situado a 1 - 4 m por delante. Repita del otro lado.
4.CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO-HACIA DELANTE	Sitúese delante del paciente con una mano en cada hombro y pídale inclinarse hacia delante. (Asegúrese de que haya espacio libre para dar un paso). Solicite al sujeto que se incline hasta que sus hombros y caderas estén frente a los dedos de los pies. Después de que sienta el peso del sujeto en sus manos, bruscamente quite su apoyo. El test debe producir un paso. NOTA: esté preparado para coger al sujeto.
5.CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO-HACIA ATRÁS	Sitúese por detrás del paciente con una mano en cada escápula y pídale inclinarse hacia atrás (Asegúrese de que hay espacio libre para dar un paso atrás.) Pida al paciente que se incline hasta que sus hombros y caderas estén por detrás de sus talones. Después de que sienta el peso del sujeto en sus manos, bruscamente quite su apoyo. El test debe producir un paso. NOTA: esté preparado para coger al sujeto.
6.CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO-LATERAL	Sitúese de lado al sujeto, coloque sus manos en la hemipelvis homolateral del sujeto. Pídale que se incline hasta que la línea media de la pelvis esté por encima del pie dcho (o izdo) y después quite bruscamente su apoyo. NOTA: esté preparado para coger al sujeto.
7.DE PIE (PIES JUNTOS), OJOS ABIERTOS, SUPERFICIE FIRME	Registre el tiempo que el sujeto es capaz de estar de pie con los pies juntos hasta un máximo de 30 segundos. Asegúrese de que el sujeto mira a un objetivo fijo situado a 1 - 4 m por delante.
8.DE PIE (PIES JUNTOS), OJOS CE- RRADOS, SUPERFICIE GOMAES- PUMA	Use una gomaespuma de densidad media tipo Tempur® de 10 cm de grosor. Asista al sujeto para colocarse sobre ella. Registre el tiempo que el sujeto ha sido capaz de estar en esa condición hasta un máximo de 30 segundos. Entre los dos intentos el sujeto se coloca fuera de la gomaespuma. Dé la vuelta a la gomaespuma entre registros para que el material recupere su forma original.
9.INCLINADO OJOS CERRADOS	Ayude al sujeto en la rampa. Una vez que haya cerrado los ojos, comience a contar el tiempo y regístrelo. Anote si hay una oscilación excesiva.
10.CAMBIOS EN LA VELOCIDAD	Permita al paciente dar entre 3 y 5 pasos a una velocidad normal y después diga "rápido". Después de 3-5 pasos rápidos, diga "despacio". Permita de 3 a 5 pasos antes de que el sujeto pare de caminar.
11. CAMINAR CON GIROS DE CA-BEZA - HORIZONTAL	Permita al sujeto alcanzar su velocidad normal y dé las órdenes "dcha, izda" cada 3-5 pasos. Registre si ve algún problema en cualquier dirección. Si el sujeto tiene limitaciones cervicales, permita movimientos combinados de cabeza y tronco.
12.CAMINAR CON GIROS DE PIVO-TE	Muestre un giro de pivote. Una vez que el sujeto camine a velocidad normal, diga "gire y pare." Cuente el número de pasos para "girar" hasta que el sujeto esté estable. El desequilibrio puede evidenciarse por una bipedestación con una base amplia, pasos extra o movimiento del tronco.
13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁ- CULOS	Coloque dos cajas de zapatos encintadas juntas (de 23 cm de altura cada una de ellas) a 3 metros de donde el sujeto comenzará a caminar..
14. TEST UP & GO CRONOMETRA-DO CON DOBLE TAREA	Use el TUG cronometrado para determinar los efectos de la tarea dual. El sujeto debe caminar una distancia de 3 metros. TUG: El sujeto ha de estar sentado con su espalda en contacto con el respaldo. Se le cronometrará desde el momento en el que diga "vaya" hasta que vuelva a sentarse. Pare el tiempo cuando las nalgas del sujeto estén en el asiento y su espalda contra el respaldo. La silla debe ser firme sin reposabrazos. TUG con doble tarea: Mientras esté sentado estime cómo de rápido y seguro el sujeto puede contar hacia atrás de 3 en 3 comenzando en un número entre 100-90. Después, pida al sujeto que cuente desde un número diferente y tras varios números diga "vamos". Registre el tiempo desde desde que dice "vamos" hasta que el sujeto vuelva a la posición sentada. Puntúe la tarea dual que afecta al contar o al caminar si la velocidad de marcha se enlentece (>10%) con respecto al TUG y /o nuevos signos de desequilibrio.

©2005-2013 Oregon Health & Science University. Reservados todos los derechos.

En la traducción y adaptación han participado: Dominguez-Olivan, P. Serrano-Del-Rio, P. Fernandez-Simon, F. Fisioterapeutas del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (España). Bengoetxea, A. Fisioterapeuta. Université Libre de Bruxelles. Bolea-Moll, D. Traductor e intérprete. Traducción aprobada por F. Horak en 2017.

VALORACIÓN DE FUERZA MUSCULAR GLOBAL MRC

CENTRO VIDA ORIENTE – ÁREA DE FISIOTERAPIA – SARA SOFÍA LLANOS.

USUARIO	Hernan de Jesús Osorio	
JORNADA	TARDE	
ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)		
MIEMBRO SUPERIOR		
	IZQUIERDO	**DERECHO**
ABDUCCIÓN DE HOMBRO	3	4
FLEXIÓN DE CODO	4	4
EXTENSIÓN DE MUÑECA	3	4
MIEMBRO INFERIOR		
	IZQUIERDO	**DERECHO**
FLEXIÓN DE CADERA	3	4
EXTENSIÓN DE RODILLA	3	4
DORSIFLEXIÓN DE TOBILLO	3	3

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.

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

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Hernan Osorio	10106195
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Pm - Amarillo	Wilmar Zoarza

FECHA DE APLICACIÓN: **DIA:** _____/ **MES:** _____/ **AÑO:** _____/

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.
2 = 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.
2 = 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.
2 = 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.
2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

De Pié: ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.

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 , ___ 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: ___ 2 , ___ 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: ___ ___, ___ 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: ___ ___, ___ segundos

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.
0 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.
Tiempo: ___ ___, ___ segundos

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

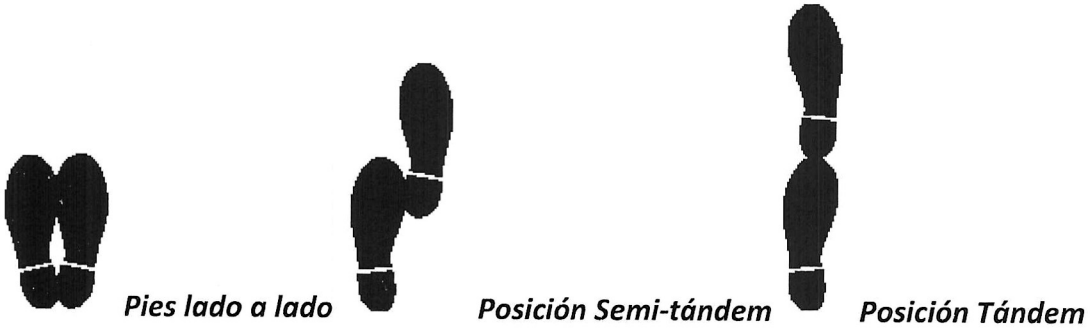
0 = incapaz **o** se tambalea.
1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
2 = capaz y firme.

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

0 = incapaz.
1 = capaz, pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ___ 4, ___ segundos

13. SE PARA EN LOS TALONES:

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



Pies lado a lado *Posición Semi-tándem* *Posición Tándem*

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"):

X 0 = cualquier vacilación **o** múltiples intentos para comenzar.
1 = 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.
X 1 = moderada **o** leve desviación **o** utiliza ayudas.
2 = recto, sin utilizar ayudas.

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

X 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.
2 = no.

4. DA LA VUELTA (mientras camina):

0 = casi cae.
1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.
X 2 = 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.
1 = 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.
X 2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

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. 5
3. La máxima puntuación para la subescala del equilibrio 16. 13
4. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas. 18
5. A mayor puntuación>>>menor riesgo

ANALISIS DEL RESULTADO

RIESGO DE CAIDAS 18/35: INDICA ALTO RIESGO DE CAIDAS EL ANALISIS REVELO BAJA FUNCIONALIDAD TANTO EL EQUILIBRIO + MARCHA. PRESENTO DIFICULTAD RAPIDA MANTENER EL EQUILIBRIO MUNDIAL + RAPIDEZ, PIERDE EL PASO FACILMENTE Y LA TRAYECTORIA.

J. Medina L.

FIRMA – EVALUADOR

Hernán Osorio V.

FIRMA PERSONA EVALUADA

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 Hernan Osorio	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 10106195
GRUPO Pm - Amarillo	**EVALUADO POR** Wilmar Zoarza
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: _____/	**MES:** _____/ **AÑO:** _____/

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: A	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: A	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: A	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: A	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

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**

I A D Puntuación: A	**I A D** 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
I A D Puntuación: D	**I A D** 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 5 **TOTAL** _____

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

ANALISIS: EL ANALISIS REFLEJO QUE REQUIERE ASISTENCIA PARA LA MAYORIA DE TAREAS O ACTIVIDADES COTIDIANAS, EN CUANTO AL MANEJO DE SU ECONOMIA ES DEPENDIENTE TOTAL.

L Milena L.
NOMBRE PERSONA EVALUADORA

Hernán Osorio
FIRMA PERSONA EVALUADA

CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
REGLAMENTO INTERNO Y MANUAL DE CONVIVENCIA
"DERECHOS Y DEBERES"

ACTA DE COMPORTAMIENTO

La Dirección Técnica del Programa Centro Vida – Oriente – Cooperativa Multiser. Le manifiesta a usted en calidad de beneficiario(a) o usuario(a) de este programa:

Que el objetivo del presente programa es la prestación de manera gratuita de los servicios de atención integral durante el día, en atención a la Ley 1276 de 2009 – Art 11 y la Resolución Minsalud 055 de 2018. Los cuales buscan beneficiar su salud y calidad de vida.

Que por tal motivo, exige de manera irrestricta a usted en calidad de beneficiario(a) y/o usuario(a) del mismo el cumplimiento del presente **MANUAL DE CONVIVENCIA Y REGLAMENTO INTERNO**, para con ello lograr la consecución, la preservación y el mantenimiento de una sana y pacífica convivencia por medio de la regulación de la práctica de libertades, derechos y cumplimientos de los deberes establecidos en los mismos, manteniendo así estrechos lazos de vecindad, relaciones de hermandad y amistad con los demás usuarios, el equipo de trabajo del programa y la administración municipal.

COMPROMISO

Yo Hernan Osorio, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Nº 10.906.195 expedida en Pereira y en mi calidad de beneficiario(a) del programa Centro Vida – Oriente – Cooperativa Multiser, del Adulto Mayor del municipio de Pereira Risaralda.

Doy fe, ante la Dirección Técnica del Centro Vida, ante los demás beneficiarios del programa, ante la administración municipal y ante las autoridades competentes. Que **CONOZCO y ACEPTO**, mis deberes y derechos contemplados en el presente **MANUAL DE CONVIVENCIA** y me **COMPROMETO** a cumplir a cabalidad. De no ser así **ACEPTARE** las disposiciones y sanciones acá establecidas.

Dirección Técnica – Centro Vida – Oriente

Hernán Osorio.
Usuario(a) – Programa Centro Vida - Oriente

DOCUMENTO ELABORADO POR:
Luis Antonio Chala J – Profesional en Gerontología - UniQuindío
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud – U.C.C
(Se reservan los derechos de autor, no puede ser reproducido total o parcialmente)

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

1. DATOS PERSONALES DEL REMITIDO(A)			
NOMBRES Hernan De Jesus	**APELLIDOS** Osorio		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1010 6195	**EDAD**	**EAPB** Sura	
ACUDIENTE Roselia Osorio	**PARENTESCO** Hermana	**TELEFONOS** 3128921215	
2. DESCRIPCIÓN (a. Descripción Beneficiario Centro Vida. b. Situación reportada. c. conclusión profesional)			
Paciente Cayo En su propia altura con herida sangrante en la ceja derecha, labio inferior Se le hizo limpieza, Con signos en rango normalidad 160/82, FC 98, FR 95, T. 36.6			
3. RECOMENDACIONES			
Ingreso por servicio de urgencias			
REMITIDO A LA INSTITUCION: hospital de Kenedy			
HORA DE REMISION: 3:49	**FECHA DE REMISIÓN** D: 12 MES: 11 AÑO: 2024		
AREA PROFESIONAL	A APS		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL	Niyinery caicedo/camila Centeno/ cristan Castañeda		
TARJETA O REGISTRO PROFESIONAL	362635 288541		

FIRMA PROFESIONAL Niyinery - Cristian Castañeda S. Camila C.

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

	REGISTRO DE ATENCIÓN PARA PRIMEROS AUXILIOS N° ( )	Código: MGO-02-10 Versión: 01 Fecha: 11-08-2024

DATOS GENERALES

EMPRESA	CAT Multiser	FECHA	12 / Noviembre / 2024
HORA DE ATENCIÓN:	16+00		

DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	Hernan de Jesus Osorio			Identificación	10106195
E.P.S	SURA			ARP	—
Otro					
Tipo de Paciente	Usuario	~~FALSO~~	Empleado	FALSO	Edad

SITUACIÓN REPORTADA	"Don Hernan se cayó" reportado por profesional en deportes
LUGAR DE OCURRENCIA	Centro Vida Oriente.
HALLAZGOS	Encuentro px en el auditorio en posición sedente con trauma Facial. Px estaba realizando ejercicio dirigido y cae desde su propia altura resultando en herida en cara, localizada específicamente en ceja izq con necesidad de puntos de sutura (2 cm aprox) Se sospecha de fx de tabique (hueso vs cartilago?) herida separate. en labio inferior inferior. Se realiza limpieza y hemostasia en zonas. Toma de signos vitales.
ACCIONES REALIZADAS	
RECOMENDACIONES	Ingreso al servicio de urgencias.
OBSERVACIONES	PA 160/86 FC 98 Sp 95. FR 17 T 36.6°C. Trasladado en vehiculo particular acompaña Camila Cardona.

DESTINO FINAL	Ambulatorio	SI	FALSO	NO	FALSO
	Remisión	~~SI~~	FALSO	NO	FALSO
	Hora de salida y/o Remisión		16+22.		
RECIBE AMBULANCIA	Nombre y firma de responsable con registro				
	N° Cédula				
	Tipo de Ambulancia	TAB	FALSO	TAM	FALSO
	N° de la Movil		Entidad		

AUXILIAR DE ENFERMERIA Y/O APH CON REGISTRO	TAPH. Cristian Camilo Castaeda Sierra. CC. 1125094588
FIRMA PACIENTE OR ESPONSABLE CON N° DOCUMENTO	

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

16

135

	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**

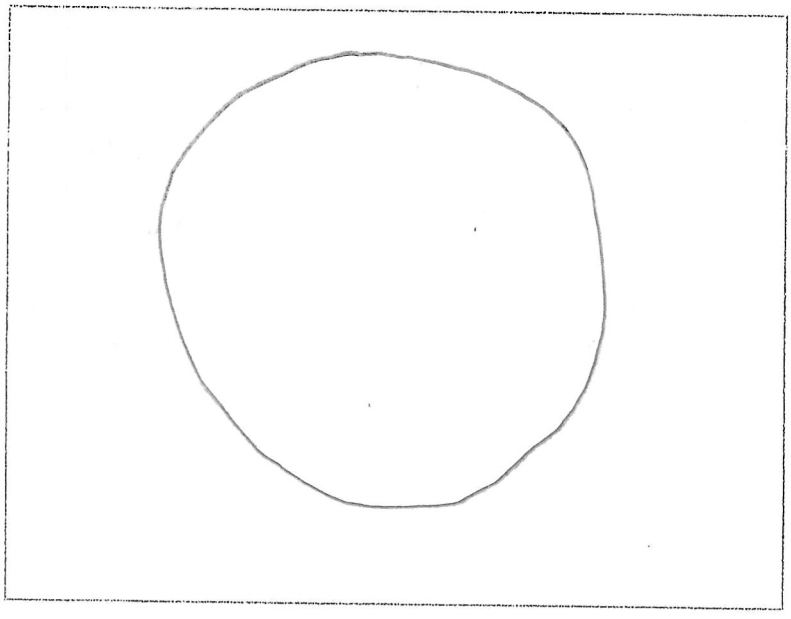
DIA	MES	AÑO
7	11	2024

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Hernan Osorio
DOCUMENTO	10 106 195
GRUPO	Tarde

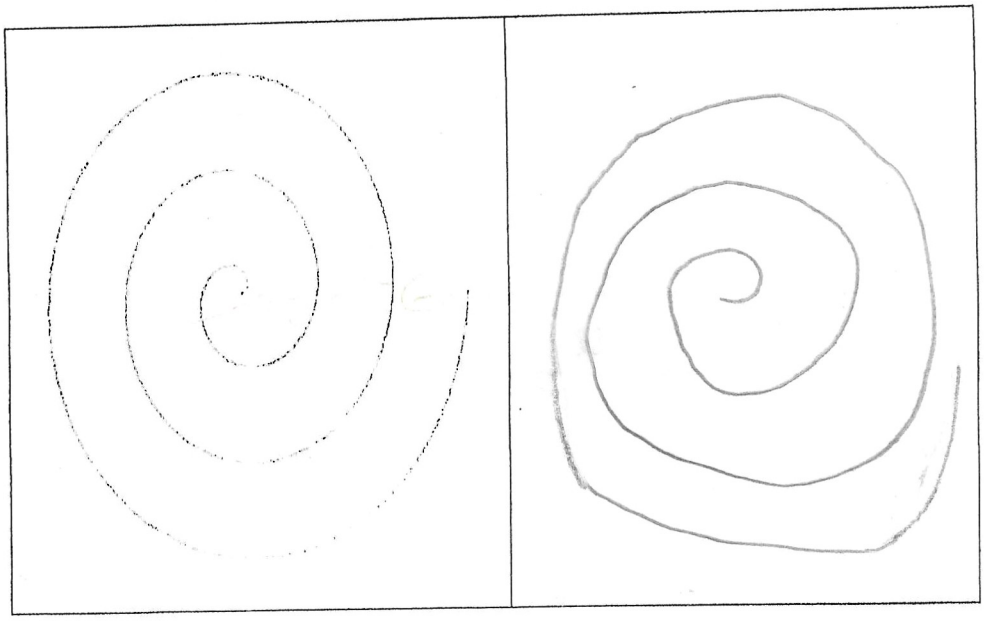
OBJETIVO DE LA PRUEBA: determinar las destrezas y habilidades del Adulto Mayor y seguir su proceso en el programa.

1. Dentro del siguiente espacio dibuje un círculo



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

2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.

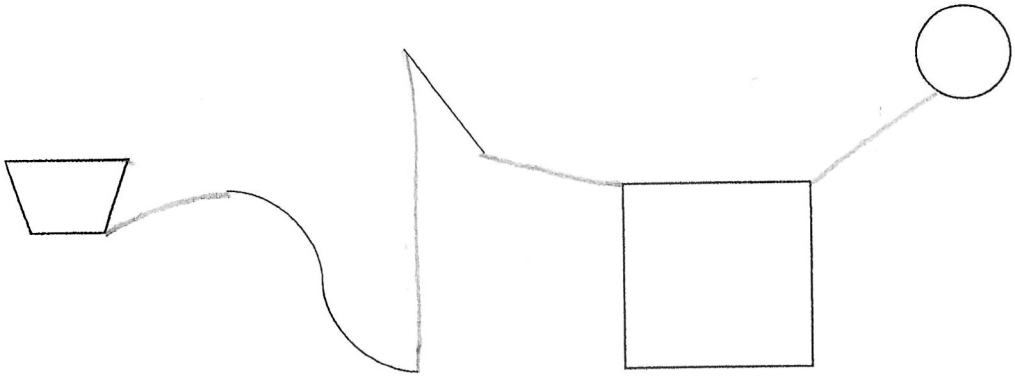


3. Escriba 2 usos que usted le daría a los siguientes objetos:

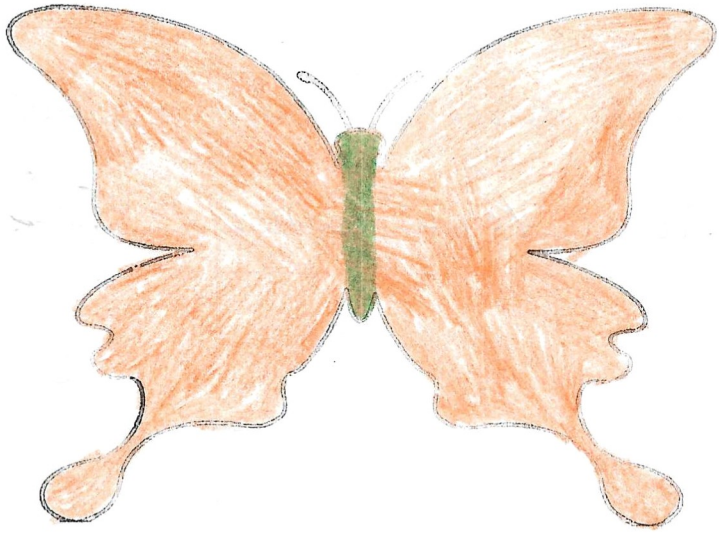
Periódico
leerlo
extensarlo

botella plástica
reutilizarla
mandarla

4. Elabore un dibujo utilizando las siguientes figuras:



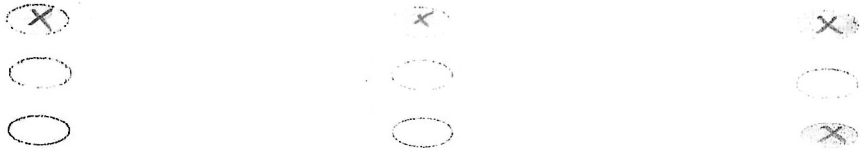
5. Pinte el dibujo con un lápiz de color sin salirse de los bordes.



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
Dayer Andres Reina Villamil Silvia Alejia Gómez	
ÁREA	FECHA DE CALIFICACIÓN
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	8/11/2024

NOTAS Y OBSERVACIONES:

El Señor Hernan Osorio apesar de su discapacidad tiene un buen manejo de sus habilidades en los trabajos practicados

Adaptada por: Claudia Azucena Batero Gómez
Área Actividades Productivas.

(18) 135

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

FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	MES	AÑO
7	4	2024

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Hernan Osorio Vargas
DOCUMENTO	10 106 195
GRUPO	tarde

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.

U 6 ¿ m @ t # 200 b 3 + v 4 Y 7 %

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

Urrea — buen
matrimonio — ver
tiza — yeso

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

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

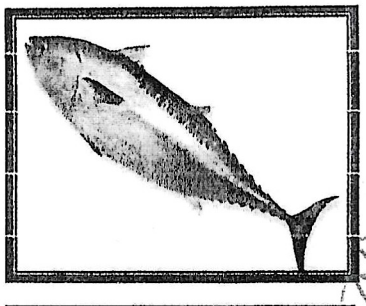
4. Resuelve las Operaciones.

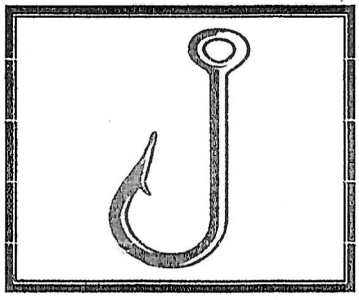
7 +2 9	17 +39 56	9 -3 6	51 -35 16

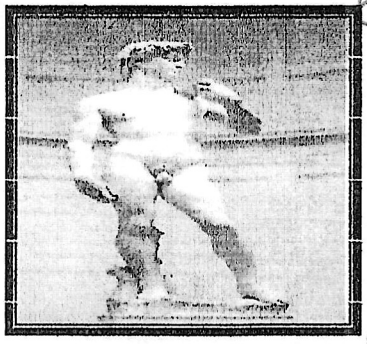
5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

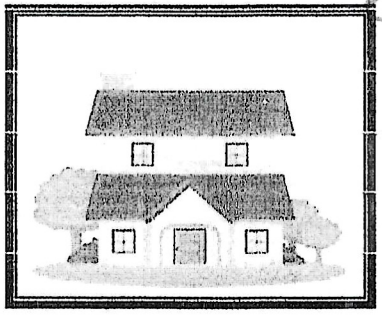
13	68	4	19	25	11	5	7	46	34
4	5	7	11	13	19	25	34	46	68

6. UNA CON LÍNEAS LAS PALABRAS Y LAS IMÁGENES.









ESTATUA

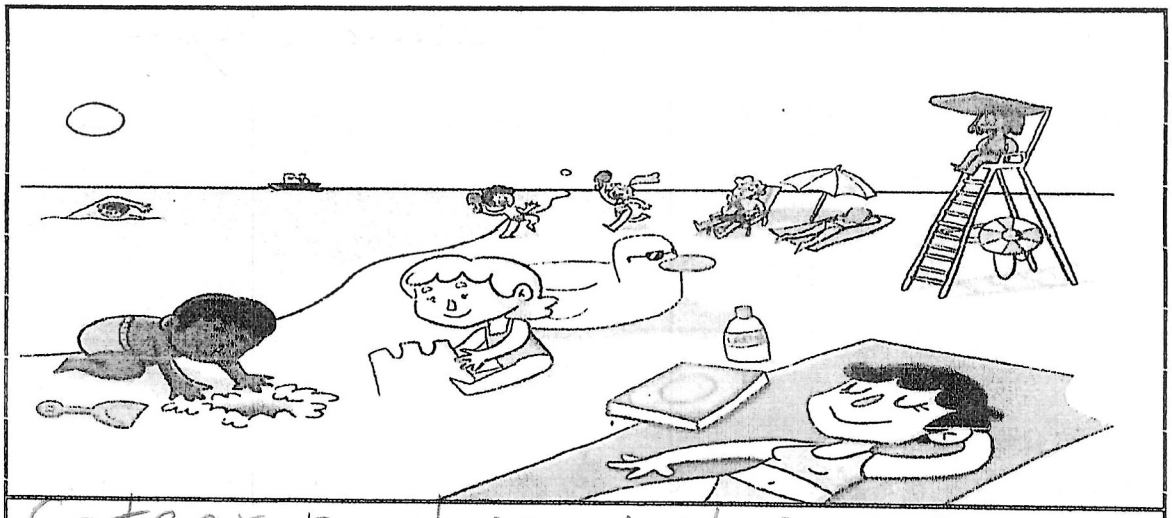
CASA

PESCADO

ANZUELO

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.



Gatear, nadar, y relajarse

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 $8.000 $2.000 10.000	$30.000

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
Silvia Mejía Gomez Bauer Antonio Reina Villamil	
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Área de Educación y TIC´S	8/11/2024

NOTAS Y OBSERVACIONES:

Tiene habilidades de lecto-escritura, así como de operaciones matematicas.

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