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

EL COMITÉ DE ADMISIONES

RESUELVE:

EN VIRTUD DEL CUMPLIMIENTO A LA LEY 1276/2009 – ART 6. DE LOS BENEFICIARIOS DE CENTROS VIDA. Y UNA VEZ REVISADO EL DOCUMENTO DE EVALUACION SOCIOECONOMICA, CUYOS OBJETIVOS SON IDENTIFICAR Y EVALUAR, LAS CONDICIONES DE: VULNERABILIDAD, AISLAMIENTO O CARENCIA DE SOPORTE SOCIAL DEL ADULTO MAYOR, EN SU CALIDAD DE POTENCIAL BENEFICIARIO DEL PROGRAMA CENTRO VIDA Y TENIENDO EN CUENTA EL CONCEPTO DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA. EL COMITÉ DE ADMISIONES EN PLENO, APRUEBA O NO EL INGRESO DEL ADULTO MAYOR.

SI X NO _____

A PARTIR DE: DIA 09 / MES 03 / AÑO 2026

DIRECCION ADMINISTRATIVA – CENTROS VIDA

RESPONSABLE QUIEN REALIZO LA VISITA

Vo-Bo - PROFESIONAL EN GERONTOLOGIA

Dayana Lerma H.

Vo-Bo – PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIÓNES PARA EL INGRESO AL PROGRAMA CEVI:

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 816004711-7	
	HOJA DE VIDA – ADULTO MAYOR	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 05-2025

NOMBRES: Carlos Alberto

APELLIDOS: Giraldo Chacon

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 11 / MES: marzo / AÑO: 1966

EDAD: 60 SEXO / CÉDULA DE CIUDADANIA: 10123212 / TIPO SANGRE: A+

ETNIA: MESTIZO: X / INDIGENA: / AFROCOLOMBIANO: / RAIZAL: / ROM: / N° _____

DIRECCIÓN: invasión / BARRIO: San Vicente bajo

COMUNA: Villa santana / VEREDA:

TELEFONO FIJO: / CELULAR: 3206943922 / PLAN FUNERARIO: Ninguno

S.G.S.S.S: C: / S: X / V: / O: / E.A.P.B: Nueva EPS / GRUPO SISBEN A5

ENFERMEDADES: H.T.A: X / DIABETES: X / OSTEOPOROSIS: / ARTRITIS: / EPOC: / OTRA: trombosis arterio - mercapano

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Alprazolan, clopidogrel 50ml,

ALERGIA A MEDICAMENTOS: morfina

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Victor Hugo Costaño

PARENTESCO: Primo / TEL FIJO: / TEL CELULAR: 3206943922

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

DIRECCION: Cra 13 22E-04 / TELEFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRONICO: gloriac612008@hotmail.com

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