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 Lema 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: Maria Nancy

APELLIDOS: Pimienta Garay

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 01 **MES:** septiembre **AÑO:** 1962

EDAD: 62 **SEXO** F **CÉDULA DE CIUDADANIA:** 42004519 **TIPO SANGRE:** A+

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

DIRECCIÓN: Mz 26 A Casa 33 **BARRIO:** Los brisas

COMUNA: Villavicencio **VEREDA:** _____

TELEFONO FIJO: _____ **CELULAR:** 3137484799 **PLAN FUNERARIO:** Olivos

S.G.S.S.S: C: __ S: X V: __ O: __ **E.A.P.B:** Sanitas **GRUPO SISBEN** B4

ENFERMEDADES: H.T.A: X DIABETES: __ OSTEOPOROSIS: __ ARTRITIS: __ EPOC: __ OTRA: Depresión migraña

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Enalapril, Amlodipino, hidroclorotiazida, atorvastatina

ALERGIA A MEDICAMENTOS: _____

DISCAPACIDADES: FÍSICA: _____ MENTAL: _____ SENSORIAL: _____ MULTIPLE: Cual _____

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

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

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

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

CONVIVENCIA: PAREJA: __ FAMILIA: __ SOLO: X OTRO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Maria Nelly Vergara

PARENTESCO: hija **TEL FIJO:** _____ **TEL CELULAR:** 3108308114

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: Gloria Clemencia

DIRECCION: Cra 13 2E-04 **TELEFONOS:** 3277977148

CORREO ELECTRONICO: gloriac612008@hotmail.com

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