| Alcaldía de PEREIRA | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>MUNICIPIO DE PEREIRA<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO<br><br>COOPERATIVA MULTISER<br>NIT: 900415283-4 | |
|---|---|---|
| **APROBACION – SOLICITUD CUPO** | | **Versión: 1**<br>**Código: 1.1**<br>**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**

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 05-2025

# HOJA DE VIDA – ADULTO MAYOR

N° _____

**NOMBRES:** Yolanda

**APELLIDOS:** Parra Herrera

**FECHA DE NACIMIENTO: DIA:** 01 / **MES:** Septiembre / **AÑO:** 1965

**EDAD:** 60 **SEXO** F / **CÉDULA DE CIUDADANIA:** 42080845 / **TIPO SANGRE:** A+ /

**ETNIA:** MESTIZO: X / INDIGENA: __ / AFROCOLOMBIANO: __ / RAIZAL: __ / ROM: __

**DIRECCIÓN:** Mz 24 casa 21 / **BARRIO:** Los brisas

**COMUNA:** Villa santana / **VEREDA:** _____

**TELEFONO FIJO:** _____ / **CELULAR:** 3332234885 / **PLAN FUNERARIO:** Jardines del recuerdo

**S.G.S.S.S:** C: __ / S: X / V: __ / O: __ / **E.A.P.B:** coosalud / **GRUPO SISBEN** B3

**ENFERMEDADES:** H.T.A: X / DIABETES: __ / OSTEOPOROSIS: __ / ARTRITIS: __ / EPOC: __ / **OTRA:** hernia d. gual, artrosis del sueño

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS:** _____

**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: ____ / SECUNDARIA: X / NINGUNO: ____ / OTRO: ____

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

**CONVIVENCIA:** PAREJA: __ / FAMILIA: X / SOLO: __ / OTRO: ____

**EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:** Andrea Ramirez

**PARENTESCO:** hija / **TEL FIJO:** _____ / **TEL CELULAR:** 3128743713

**NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA:** Gloria Clemenco

**DIRECCION:** Cra 13 2E-04 / **TELEFONOS:** 3127797748

**CORREO ELECTRONICO:** gloriac61008@hotmail.com

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



**CENTRO VIDA – ORIENTE PEREIRA – C.V.O.P**
Calle 4 # 8 - 01 – Comuna Villavicencio - Cel +57 320 688 9146 - Pereira-Risaralda
E-mail: multisercta@gmail.com