Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 816004711-7	
EVALUACION SOCIOECONOMICA (Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

OBJETIVOS: ***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.***

DATOS GENERALES

ENCUESTA No. _____

Fecha de Visita*: Día 09 / Mes marzo / Año 2024 /

Quien atiende la visita*: _____ / Parentesco * _____ /

Nombre del Adulto Mayor * Carlos Alberto Giraldo / C.C o C.E 10023212 /

Fecha de Nacimiento* Día 11 / Mes 03 / Año 1966 / Lugar de Nacimiento* Pereira /

Edad al Momento de la Visita* ___ / Sexo* ___ / Tel Fijo o Celular 3206943922 / Tipo Sangre* A+ /

Municipio de Residencia* _____ / Comuna *(*Dosquebradas y Pereira)* _____ /

Barrio* San vicente baja / Dirección de Residencia* Invasión /

EAPB* Nueva EPS / REGIMEN DE SALUD: Contributivo____/ Subsidiado X /

Excepción___/ No Asegurado___/ Especial___/ Otro cual: _____/ GRUPO SISBEN* _____/

ETNIA (Fuente SISPRO)* Indígena__/ Afrocolombiano__/ Negro__/ Raizal__/ ROM__/ Mestizo X/ LGBTI__/ Otro_/

Estado Civil (Fuente SISPRO)* Casado__/ Divorciado__/ Soltero (Separado) X / Unión Marital de Hecho___/

Viudo__/ Ocupación actual* Ninguna / Ocupación anterior* Vendedor ambulante

Nivel académico* (Fuente SISPRO): Preescolar__/ Básica Primaria__/ Básica Secundaria X/ Media

Académica o Clásica__/ Media Técnica (bachillerato técnico) __/ Normalista__/ Técnica Profesional__/

Tecnológica__/ Profesional__/ Especialización___/ Maestría___/ Doctorado___/ Ninguno__/

Persona de contacto* Victor Hugo Castaño/ Dirección* Pinares /

Teléfonos o celular* 3209433922 / Parentesco * Primo /

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 816004711-7	
EVALUACION SOCIOECONOMICA (Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

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

DISCAPACIDAD FISICA*: Monoplejía (Parálisis de una única extremidad) __/ Paraplejia (Afecta básicamente a piernas y pies) __/ Tetraplejia (Pérdida total de la capacidad de movimiento de las extremidades inferiores y en la pérdida total o parcial de la capacidad de movimiento de los miembros superiores.) ___/ Hemiplejia (Parálisis de la parte opuesta o contralateral a la dañada) ___/ Espina bífida (Malformación congénita en el tubo neuronal y la columna vertebral) ___/ Distrofia muscular (Provoca la presencia de un tono muscular débil que va perdiendo tejido con el tiempo) ___/ Parálisis cerebral (Condición médica crónica debida a problemas durante el desarrollo cerebral del feto o niño, que produce graves efectos en la motricidad) ___/ Amputación (La pérdida de extremidades o de partes del cuerpo) ___/ Ninguno X /

DISCAPACIDAD SENSORIAL*: (Fuente - Registro para la localización y caracterización de personas con Discapacidad) *: Movilidad ___/ Visual___/ Auditiva ___/ Piel - Pelo y Uñas ____/ Voz y Habla ____/ Sistémica___/ Talla Baja____/ Múltiple____/ Mental Psicosocial____/ Mental Cognitiva____/ Gusto - Olfato y Tacto____/ Ninguno X /

DISCAPACIDAD MENTAL*: Trastorno Afectivo Bipolar____/ Trastorno Depresivo____/ Trastorno de Pánico__/ Trastorno Obsesivo Compulsivo____/ Fobias___/ Trastorno de estrés post traumático___/ Esquizofrenia__/ Trastorno límite de personalidad__/ Trastorno antisocial de la personalidad__/ Trastornos del sueño__/ Trastornos sexuales__/ Trastornos de la conducta alimentaria__/ Trastornos del control de los impulsos__/ Discapacidad intelectual/Retardo Mental__/ Síndrome Orgánico (demencia)___/ Ninguno X /

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD*: (Fuente - SISPRO y se anexa el valor Muy Mala)*:

Excelente____/ Muy Buena____/ Buena____/ Regular X / Mala____/ Muy Mala____/

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1. COMPOSICIÓN FAMILIAR: (Fuente - SISPRO y se anexa el valor Amistad - Personas con quien convive) Padre, Madre, Hijo(s), Hija(s), Hermano(s), Hermana(s), Esposo o compañero, Esposa o compañera, Otros familiares hombres, Otras familiares mujeres, Persona remunerada para ayudarlo(a) no cualificada, Persona remunerada para ayudarlo(a) cualificada, Necesita ayuda pero no tiene quien le ayude, Amistad)

#	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION
1				
2				
3				
4				
5				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (Fuente SISPRO - FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

RED	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES				X
COMUNIDADES O GRUPOS RELIGIOSOS		X		
REDES COMUNITARIAS O SOCIALES				
INSTITUCIONES				
VECINOS Y AMIGOS	X			
NO CUENTA CON REDES DE APOYO				

EVALUACION SOCIOECONOMICA

(Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)

3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

- **PERTENECE A GRUPOS SOCIALES*:** Grupos de Adultos Mayores X / Voluntariado ___/ Grupos de oración ___/ Grupos de Participación Ciudadana ___/ Otros - cuál? ___/ Amor Social /

- **¿TIENE DIETA PRESCRITA? * (Criterio - Profesional de Nutrición – Secretaria Salud Departamental)**

  DIETA: Hipo-Sódica (sin sal) ___/ Hipo-Glúcida (sin azúcar) ___/ Dieta Astringente (Problemas Gástricos - sin grasas - ni condimentos - ni color - ni bebidas oscuras - ni cítricos - ni lácteos) ___/ Dieta Proteica (Doble porción de proteína) ___/ Dieta Calórica (tenga algún dulce) ___/ Dieta Energética (arepas, papas) ___/ Dieta Líquida (Te, aromática antes de cirugía) ___/ Dieta Licuada (Pos-operatorio) _/ Dieta Blanda (Después del pos-operatorio) ___/ No tiene dieta prescrita X / Otros Cual ? ___/ ___/

- **¿TIENE ALGÚN PLAN DE EJERCICIO FÍSICO DIRIGIDO? * (Criterio - Profesional en Ciencias del Deporte y la Recreación de la Secretaria de Salud Departamental).**

  Actividad física Musicalizada ___/ Gimnasia Cerebral ___/ Sesiones de Fortalecimiento Muscular___/ Actividad Física Cardiovascular ___/ No cuenta con un plan de ejercicio prescrito X /

- **REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN*:**

  Recreación ___/ Cultura ___/ Artes ___/ Manualidades ___/ Ninguno X / Otras: ___/ Cuáles: ___/ ___/

- **DE INGRESAR AL PROGRAMA ¿QUÉ ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?**

Actividad física

3.2. **FACTORES DE RIESGO*:**

Fuma: Si __/ No X / **Bebe**: Si ___/ No X / **Sedentario**: Si___/ No X/

Aislamiento Social: Si__/ No X /

4. RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 **DEPENDENCIA ECONÓMICA (Fuente SISPRO) *:**

Del trabajo___/ De una renta___/ De un subsidio o ayudas del gobierno___/

De un subsidio o ayuda de particulares___/ De Ayudas familiares X / Ninguna___/

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___/ NO X / **Salud**: SI X / NO ___/ **Vivienda**: SI X / NO ___/ **Vestuario**: SI___/ NO X /

Transporte: SI___/ NO X / **Servicios Públicos**: SI X / NO ___/ **Recreación**: SI___/ NO X /

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 816004711-7	
EVALUACION SOCIOECONOMICA (Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA (Fuente SISPRO y se agrega el valor "No cuenta con un lugar fijo donde vivir) *

Propia___/ Arrendada___/ Familiar___/

Usufructo u ocupación de hecho X/ No cuenta con un lugar fijo donde vivir____/

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN: *(Criterio - Profesional en Trabajo Social)

Calle de difícil acceso a la vivienda ____/ Escalas ____/ Pisos con desnivel X/ Puertas ___/

Ventanas ___/ Baño incompleto ___/ Divisiones ___/ Humedades X/

Dormitorio aislado ___/ Dormitorio con otras funciones ___/ Dormitorio compartido___/

Iluminación y ventilación interna deficiente ___/ Vivienda en ruina X/ Todas las anteriores ___/

Ninguna de las anteriores ___/ Otra Cual? _____/

LA PERSONA ADULTA MAYOR CUMPLE CON EL PERFIL EXIGIDO PARA EL PROGRAMA:

CENTRO VIDA: SI X NO___

NOMBRE DE LA PERSONA QUIEN REALIZO LA EVALUACIÓN: Dayana Lerma H. /

PROFESION U OCUPACION: Trabajo social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1088251675

"El presente documento se debe diligenciar en atención al Artículo 6° - Ley 1276 de Enero 05 de 2009.
Tiene como objetivos: Identificar y Evaluar las condiciones de vulnerabilidad, aislamiento o carencia de soporte social de los Adultos Mayores encuestados, como potenciales usuarios o beneficiarios del programa de Atención Integral Centro Vida del Adulto Mayor".