| Alcaldía de PEREIRA | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>MUNICIPIO DE PEREIRA<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO<br><br>COOPERATIVA MULTISER<br>NIT: 816004711-7 | |
|---|---|---|
| **EVALUACION SOCIOECONOMICA**<br>(Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida) | | Versión: 1<br>Código: 1.1<br>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.** _____ 1

**Fecha de Visita*:** Día 09 / Mes marzo / Año 2026 /

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

**Nombre del Adulto Mayor** * María Nancy Pimiento / **C.C o C.E** 42004519 /

**Fecha de Nacimiento*** Día 01 / Mes 09 / Año 1962 / **Lugar de Nacimiento*** Marsella /

**Edad al Momento de la Visita*** 62 / **Sexo*** F / **Tel Fijo o Celular** 3137484799 / **Tipo Sangre*** A+ /

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

**Barrio*** Los buses / **Dirección de Residencia*** Mz 26 A Casa 33 /

**EAPB*** Sanitas / **REGIMEN DE SALUD:** Contributivo____/ Subsidiado X /

Excepción___/ No Asegurado___/ Especial___/ Otro cual: _____/ **GRUPO SISBEN*** B4 /

**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*** Casa de familia /

**Nivel académico* (Fuente SISPRO):** Preescolar__/ Básica Primaria X/ Básica Secundaria__/ Media

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

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

**Persona de contacto*** María Nely Vargas **Dirección*** Los buses Mz 28 Casa 2 /

**Teléfonos o celular*** 3108308114 / **Parentesco** * hija /

| Alcaldía de PEREIRA | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>MUNICIPIO DE PEREIRA<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO<br><br>COOPERATIVA MULTISER<br>NIT: 816004711-7 | |
|---|---|---|
| **EVALUACION SOCIOECONOMICA**<br>(Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida) | | Versión: 1<br>Código: 1.1<br>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 X / Regular_____/ 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 | | | | |
| REDES COMUNITARIAS O SOCIALES | | | | |
| INSTITUCIONES | | | | |
| VECINOS Y AMIGOS | X | | | |
| NO CUENTA CON REDES DE APOYO | | | | |

## 3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

- PERTENECE A GRUPOS SOCIALES*: Grupos de Adultos Mayores____/ Voluntariado____/ Grupos de oración_____/ Grupos de Participación Ciudadana_____/ Otros - cuál? _____/ _____/

- ¿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?**

compartir con más personas, actividad física

5

**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 X/

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 X / NO ___/ **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<br>MUNICIPIO DE PEREIRA<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO<br><br>COOPERATIVA MULTISER<br>NIT: 816004711-7 | |
|---|---|---|
| **EVALUACION SOCIOECONOMICA**<br>(Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida) | | Versión: 1<br>Código: 1.1<br>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 X /

Usufructo u ocupación de hecho___/ 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 ___/ Puertas ___/

Ventanas ___/ Baño incompleto___/ Divisiones ___/ Humedades ___/

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

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

Ninguna de las anteriores X / 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:** 1088251475/

*"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".*