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. _____ 1

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

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

Nombre del Adulto Mayor * Yolanda Parra / **C.C o C.E** 42080845

Fecha de Nacimiento* Día 01 / Mes 09 / Año 1965 / **Lugar de Nacimiento*** Pereira

Edad al Momento de la Visita* 60 / **Sexo*** F / **Tel Fijo o Celular** 3332234885 / **Tipo Sangre*** A+

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

Barrio* Los Lirios / **Dirección de Residencia*** Mz 24 casa 21

EAPB* coosalud / **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*** Ninguno / **Ocupación anterior*** Oficios varios

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* Andrea Ramirez / **Dirección*** Mz 24 casa 21 2 piso

Teléfonos o celular* 3128743738 / **Parentesco** * hija

EVALUACION SOCIOECONOMICA

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

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 X / 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____/

EVALUACION SOCIOECONOMICA

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

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	Jhon Andres Ramirez Perez	39	hijo	Ninguno
2	Laura Samanta Ramirez	12	hijeta	estudia
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 X / Gimnasia Cerebral ___/ Sesiones de Fortalecimiento Muscular___/ Actividad Física Cardiovascular ___/ No cuenta con un plan de ejercicio prescrito___/

- 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, manualidades

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 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 X / Arrendada ___/ Familiar ___/

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 M. /

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".