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: 08-2024

EVALUACION SOCIOECONOMICA

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

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 06 / Mes Abril / Año 2026 /

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

Nombre del Adulto Mayor *Gustavo de Jesus Ramirez C.C o C.E 6114357 /

Fecha de Nacimiento* Día 19 / Mes 06 / Año 1961 / Lugar de Nacimiento* Pereira /

Edad al Momento de la Visita* 64 / Sexo* M / Tel Fijo o Celular 3232870902 / Tipo Sangre* O+ /

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

Barrio* Tokio / Dirección de Residencia* Mz 23 casa 10 /

EAPB* Asmet salud / REGIMEN DE SALUD: Contributivo____/ Subsidiado X /

Excepción___/ No Asegurado___/ Especial___/ Otro cual: _____ / GRUPO SISBEN* B6 /

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

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

Viudo__/ Ocupación actual* Ninguno / Ocupación anterior* oficial de pintura /

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* Lady Viviana R. / Dirección* Ramada /

Teléfonos o celular* 3136292331 / Parentesco * hija /

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: 08-2024

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__/ 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____/

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	Rut Helena Goleano	67	Esposa	Oficios Varios
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____/ 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: _____/ _____/

EVALUACION SOCIOECONOMICA

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

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

Relacionarse con más usuario

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 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	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

EVALUACION SOCIOECONOMICA

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

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 X/ Humedades ___/

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

Iluminación y ventilación interna deficiente ___/ Vivienda en ruina ___/ 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 Laine Hinestroza /

PROFESION U OCUPACION: Trabajo social / N° REGISTRO PROFESIONAL: 1088251495 /

"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".