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 Abril / Año 2026 /

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

Nombre del Adulto Mayor * Cesar Ocampo florez / C.C o C.E 450488 /

Fecha de Nacimiento* Día 17 / Mes 03 / Año 1940 / Lugar de Nacimiento* _____ /

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

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

Barrio* Villa Colombia / Dirección de Residencia* Cra 21 N° 17-31 /

EAPB* Asmet salud / REGIMEN DE SALUD: Contributivo ___ / Subsidiado X /

Excepción ___ / No Asegurado ___ / Especial ___ / Otro cual: _____ / GRUPO SISBEN* A1 /

ETNIA (Fuente SISPRO)* Indígena __ / Afrocolombiano __ / Negro __ / Raizal __ / ROM __ / Mestizo X / LGBTI __ / Otro /

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

Viudo __ / Ocupación actual* Ninguno / Ocupación anterior* Agricultor /

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* Patricia Ocampo / Dirección* Villa colombia /

Teléfonos o celular* 3113494928 / Parentesco * hijo /

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____/

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	Celina Bedoya	88	Esposa	Ninguno
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				

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?**

Ejercicios

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 __/ NO X/ **Vestuario**: SI __/ NO X/

Transporte: SI__/ NO X/ **Servicios Públicos**: SI X/ NO __/ **Recreación**: SI __/ NO X/

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 X / 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 Lorena Hinestroza /

PROFESION U OCUPACION: Trabajo social / N° REGISTRO PROFESIONAL: 1088251435/

"El presente documento se debe diligenciar en atención al Articulo 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".

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 816004711-7		
AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 03-2026**	

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por La Cooperativa de Trabajo Asociado Multiser en calidad de operadora del programa para el adulto Mayor Centro Vida Oriente, de lo siguiente:

1. Multiser actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.
2. Que la información suministrada podrá ser verificada por los colaboradores de Multiser en cualquier momento.
3. Multiser tendrá la facultad de compartir toda la información con la Alcaldía Municipal de Pereira, entiendo que esta entidad es la encargada de la supervisión, vigilancia y control del funcionamiento del Centro vida.
4. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales.
5. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
6. Multiser garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado oportunamente.
7. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a Multiser para tratar mis datos personales, tomar mi huella dactilar y registro fotográfico cuando sea necesario de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, y misionales de Multiser.
8. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Pereira, a los 09 días del mes de 04 del año 2026.

Firma: Cesar Ocampo F.

Nombre: Cesar Ocampo Flores

Identificación: 4501488

