



ENTREVISTA PERSONA MAYOR YACOPI CUNDINAMARCA



IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Jose
SEGUNDO NOMBRE: Manuel
PRIMER APELLIDO: Sarmiento
SEGUNDO APELLIDO: Mahecha

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- 1 [X] CEDULA DE CIUDADANÍA
2 [] CEDULA DE EXTRANJERÍA
3 [] TARJETA DE IDENTIDAD
4 [] REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP
5 [] PASAPORTE
6 [] TARJETA DE EXTRANJERÍA

fecha de Nacimiento: 24 Marzo 1955
No. Documento: 462.155

RANGO DE EDAD:

- 1 [] ADULTO (27 - 59 AÑOS)
2 [X] MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)
AÑOS CUMPLIDOS: 75

SEXO:

- 1 [X] HOMBRE
2 [] MUJER
3 [] LGBTI

DATOS SISBEN:

- Esta sisbenizado
1 [X] SI
2 [] NO
PUNTAJE: 21.3

ESTA AFILIADO A UNA EPS

- 1 [X] SI
2 [] NO
CUAL: CONTRIBUTIVA Convida

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

- 1 [X] VICTIMA DEL CONFLICTO A
2 [] REINSERTADO(A)
3 [] DESMOVILIZADO(A)
4 [] PUEBLOS INDIGENAS
5 [] MADRE CABEZA DE FAMILIA
6 [] PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD
7 [] COMUNIDADES (Negras, Afrocolor)
8 [] PUEBLO Rrom (Gitanos)
9 [] RED UNIDOS
10 [] OTRO, CUAL?

¿CÚAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED? (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- 1 [] NINGUNO
2 [] PRIMARIA COMPLETA
3 [] PRIMARIA INCOMPLETA
4 [] SECUNDARIA COMPLETA
5 [X] SECUNDARIA INCOMPLETA
6 [] TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA
7 [] TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA
8 [] UNIVERSITARIA COMPLETA
9 [] UNIVERSITARIA INCOMPLETA
10 [] POSTGRADO COMPLETO
11 [] POSTGRADO INCOMPLETO

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

llamar a mis nietos que viven lejos.

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO MÓVIL: 320893401
EMAIL:

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE Juan Sarmiento
PARENTESCO Hermano

TELEFONO DE CONTACTO

MÓDULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

¿CUÁLES SON LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TIENE CON SER BENEFICIARIO DEL CENTRO DE PROTECCIÓN O PERTENECER A ALGUN PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL

Compartir mi tiempo libre con amigos.

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Hipertension

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENTREVISTADOR

TELEFONO DE CONTACTO

CORREO ELECTRONICO

Yohana Vega - Milena Roca
312242240 3205567858
Sveq@bar@uniminuto.edu.co
rrealbwa@uniminuto.edu.co

ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DE REDES DE APOYO EN EL MUNICIPIO DE YACOPI -CUNDINAMARCA.



IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Maria
 SEGUNDO NOMBRE: Carlota
 PRIMER APELLIDO: Galindo
 SEGUNDO APELLIDO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> | CEDULA DE CIUDADANÍA | 4 <input type="checkbox"/> | REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP |
| 2 <input type="checkbox"/> | CEDULA DE EXTRANJERÍA | 5 <input type="checkbox"/> | PASAPORTE |
| 3 <input type="checkbox"/> | TARJETA DE IDENTIDAD | 6 <input type="checkbox"/> | TARJETA DE EXTRANJERÍA |

fecha de Nacimiento: 15 Julio 1958
 No. Documento: 21.145.320

RANGO DE EDAD:

		AÑOS CUMPLIDOS
1 <input checked="" type="checkbox"/>	ADULTO (27 - 59 AÑOS)	6 2
2 <input type="checkbox"/>	MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)	

SEXO:

- | | |
|---------------------------------------|--------|
| 1 <input type="checkbox"/> | HOMBRE |
| 2 <input checked="" type="checkbox"/> | MUJER |
| 3 <input type="checkbox"/> | LGBTI |

DATOS SISBEN:

	Esta sisbenizado	PUNTAJE
1 <input checked="" type="checkbox"/>	SI	29.2
2 <input type="checkbox"/>	NO	

ESTA AFILIADO A UNA EPS

1 <input checked="" type="checkbox"/>	SI	1 <input type="checkbox"/>	CONTRIBUTIVA	CUAL
2 <input type="checkbox"/>	NO	2 <input checked="" type="checkbox"/>	SUBSIDIADA	Convivida

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

- | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | VICTIMA DEL CONFLICTO AF | 4 <input type="checkbox"/> | PUEBLOS INDIGENAS | 7 <input type="checkbox"/> | COMUNIDADES (Negras, Afrocolon |
| 2 <input type="checkbox"/> | REINSERTADO(A) | 5 <input checked="" type="checkbox"/> | MADRE CABEZA DE FAMILIA | 8 <input type="checkbox"/> | PUEBLO Rrom (Gitanos) |
| 3 <input type="checkbox"/> | DESMOVILIZADO(A) | 6 <input type="checkbox"/> | PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD | 9 <input type="checkbox"/> | RED UNIDOS |
| | | | | 10 <input type="checkbox"/> | OTRO. CUAL? |

¿CUAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED? (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | NINGUNO | 5 <input type="checkbox"/> | SECUNDARIA INCOMPLETA | 9 <input type="checkbox"/> | UNIVERSITARIA INCOMPLETA |
| 2 <input checked="" type="checkbox"/> | PRIMARIA COMPLETA | 6 <input type="checkbox"/> | TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA | 10 <input type="checkbox"/> | POSTGRADO COMPLETO |
| 3 <input type="checkbox"/> | PRIMARIA INCOMPLETA | 7 <input type="checkbox"/> | TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA | 11 <input type="checkbox"/> | POSTGRADO INCOMPLETO |
| 4 <input type="checkbox"/> | SECUNDARIA COMPLETA | 8 <input type="checkbox"/> | UNIVERSITARIA COMPLETA | | |

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Organizar la casa, poner mi jardin hermoso.

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: 313499 3752 EMAIL: _____

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE Bella Peñalosa PARENTESCO Hermana
 TELEFONO DE CONTACTO 313499 3752

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

¿CUÁLES SON LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TIENE CON SER BENEFICIARIO DEL CENTRO DE PROTECCIÓN O PERTENECER A ALGUN PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL

Pasar ratos agradables, aprender nuevas cosas

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Ninguna

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENTREVISTADOR

Yohana Vega - Milena Pea
 TELÉFONO DE CONTACTO 3120262110 - 3105561858
 CORREO ELECTRONICO vegabara@uniminuto.edu.co
trabalbus@uniminuto.edu.co

ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DE REDES DE APOYO EN EL MUNICIPIO DE YACOPI - CUNDINAMARCA.



IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Margarita
 SEGUNDO NOMBRE: _____
 PRIMER APELLIDO: Aguilar
 SEGUNDO APELLIDO: Mahecha

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> | CEDULA DE CIUDADANÍA | 4 <input type="checkbox"/> | REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP |
| 2 <input type="checkbox"/> | CEDULA DE EXTRANJERÍA | 5 <input type="checkbox"/> | PASAPORTE |
| 3 <input type="checkbox"/> | TARJETA DE IDENTIDAD | 6 <input type="checkbox"/> | TARJETA DE EXTRANJERÍA |

fecha de Nacimiento: 25 Enero 1960
 No. Documento 51-603. 970

RANGO DE EDAD:

AÑOS CUMPLIDOS
 1 ADULTO (27 - 59 AÑOS)
 2 MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)

6 1

SEXO:

- 1 HOMBRE
 2 MUJER
 3 LGBTI

DATOS SISBEN:

Esta sisbenizado
 1 SI
 2 NO

PUNTAJE

ESTA AFILIADO A UNA EPS

- 1 SI
 2 NO
- 1 CONTRIBUTIVA
 2 SUBSIDIADA Convivida

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

- | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | VICTIMA DEL CONFLICTO AF | 4 <input type="checkbox"/> | PUEBLOS INDIGENAS | 7 <input type="checkbox"/> | COMUNIDADES (Negras, Afrocolón) |
| 2 <input type="checkbox"/> | REINSERTADO(A) | 5 <input checked="" type="checkbox"/> | MADRE CABEZA DE FAMILIA | 8 <input type="checkbox"/> | PUEBLO Rrom (Gitanos) |
| 3 <input type="checkbox"/> | DESMOVLIZADO(A) | 6 <input type="checkbox"/> | PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD | 9 <input type="checkbox"/> | RED UNIDOS |
| | | | | 10 <input type="checkbox"/> | OTRO, CUAL? |

¿CUAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED? (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | NINGUNO | 5 <input type="checkbox"/> | SECUNDARIA INCOMPLETA | 9 <input type="checkbox"/> | UNIVERSITARIA INCOMPLETA |
| 2 <input checked="" type="checkbox"/> | PRIMARIA COMPLETA | 6 <input type="checkbox"/> | TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA | 10 <input type="checkbox"/> | POSTGRADO COMPLETO |
| 3 <input type="checkbox"/> | PRIMARIA INCOMPLETA | 7 <input type="checkbox"/> | TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA | 11 <input type="checkbox"/> | POSTGRADO INCOMPLETO |
| 4 <input type="checkbox"/> | SECUNDARIA COMPLETA | 8 <input type="checkbox"/> | UNIVERSITARIA COMPLETA | | |

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Arreglar el jardín de mi casa.

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: 3107315330 EMAIL: _____

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE Carmen Bustos Aguilar PARENTESCO Hija
 TELEFONO DE CONTACTO 321748913

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

¿CUÁLES SON LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TIENE CON SER BENEFICIARIO DEL CENTRO DE PROTECCIÓN O PERTENECER A ALGUN PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL

Compartir actividades culturales con amigos y conocidos.

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Hipoglucemid.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENTREVISTADOR

TELÉFONO DE CONTACTO

CORREO ELECTRONICO

Milena Real- Johana Vega
3205567858 - 3124262440
rrealbusa@uniminuto.edu.co
svegubar@uniminuto.edu.co

ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DE REDES DE APOYO EN EL MUNICIPIO DE YACOPI -CUNDINAMARCA.



IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Numoel
 SEGUNDO NOMBRE: _____
 PRIMER APELLIDO: Real
 SEGUNDO APELLIDO: Mahecha

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> | CEDULA DE CIUDADANÍA | 4 <input type="checkbox"/> | REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP |
| 2 <input type="checkbox"/> | CEDULA DE EXTRANJERÍA | 5 <input type="checkbox"/> | PASAPORTE |
| 3 <input type="checkbox"/> | TARJETA DE IDENTIDAD | 6 <input type="checkbox"/> | TARJETA DE EXTRANJERÍA |

fecha de Nacimiento: Abril 12 1947
 No. Documento 462 824

RANGO DE EDAD:

		AÑOS CUMPLIDOS
1 <input type="checkbox"/>	ADULTO (27 - 59 AÑOS)	7 3
2 <input checked="" type="checkbox"/>	MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)	

SEXO:

- | | |
|---------------------------------------|--------|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> | HOMBRE |
| 2 <input type="checkbox"/> | MUJER |
| 3 <input type="checkbox"/> | LGBTI |

DATOS SISBEN:

	Esta sisbenizado	PUNTAJE
1 <input checked="" type="checkbox"/>	SI	16.1
2 <input type="checkbox"/>	NO	

ESTA AFILIADO A UNA EPS

		CUAL
1 <input checked="" type="checkbox"/>	SI	Convivido
2 <input type="checkbox"/>	NO	
1 <input type="checkbox"/>	CONTRIBUTIVA	
2 <input checked="" type="checkbox"/>	SUBSIDIADA	

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

- | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> | VICTIMA DEL CONFLICTO AF | 4 <input type="checkbox"/> | PUEBLOS INDIGENAS | 7 <input type="checkbox"/> | COMUNIDADES (Negras, Afrocolón) |
| 2 <input type="checkbox"/> | REINSERTADO(A) | 5 <input type="checkbox"/> | MADRE CABEZA DE FAMILIA | 8 <input type="checkbox"/> | PUEBLO Rrom (Gitanos) |
| 3 <input type="checkbox"/> | DESMOVILIZADO(A) | 6 <input type="checkbox"/> | PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD | 9 <input type="checkbox"/> | RED UNIDOS |
| | | | | 10 <input type="checkbox"/> | OTRO. CUAL? |

¿CUAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED? (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | NINGUNO | 5 <input type="checkbox"/> | SECUNDARIA INCOMPLETA | 9 <input type="checkbox"/> | UNIVERSITARIA INCOMPLETA |
| 2 <input checked="" type="checkbox"/> | PRIMARIA COMPLETA | 6 <input type="checkbox"/> | TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA | 10 <input type="checkbox"/> | POSTGRADO COMPLETO |
| 3 <input type="checkbox"/> | PRIMARIA INCOMPLETA | 7 <input type="checkbox"/> | TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA | 11 <input type="checkbox"/> | POSTGRADO INCOMPLETO |
| 4 <input type="checkbox"/> | SECUNDARIA COMPLETA | 8 <input type="checkbox"/> | UNIVERSITARIA COMPLETA | | |

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Escuchar futbol y música, dialogar en familia.

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: 3102465278 EMAIL: _____

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE Gracela Bustos PARENTESCO Esposa
 TELÉFONO DE CONTACTO 3203199970

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

¿CUÁLES SON LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TIENE CON SER BENEFICIARIO DEL CENTRO DE PROTECCIÓN O PERTENECER A ALGUN PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL

Me gustaría participar en actividades lúdicas y deportivas

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENTREVISTADOR Milena Real- Johana Vega
 TELÉFONO DE CONTACTO 3205567858 - 3124262440
 CORREO ELECTRONICO rrealbus@uniminuto.edu.co
svegabar@uniminuto.edu.co

ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DE REDES DE APOYO EN EL MUNICIPIO DE YACOPI -CUNDINAMARCA.



IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Jose
 SEGUNDO NOMBRE: Miguel
 PRIMER APELLIDO: Aldana
 SEGUNDO APELLIDO: Lopez

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- | | |
|--|--|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> CEDULA DE CIUDADANÍA | 4 <input type="checkbox"/> REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP |
| 2 <input type="checkbox"/> CEDULA DE EXTRANJERÍA | 5 <input type="checkbox"/> PASAPORTE |
| 3 <input type="checkbox"/> TARJETA DE IDENTIDAD | 6 <input type="checkbox"/> TARJETA DE EXTRANJERÍA |

fecha de Nacimiento: Nov. 22 1936
 No. Documento: 460.553

RANGO DE EDAD:

- | | |
|---|----------------|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> ADULTO (27 - 59 AÑOS) | AÑOS CUMPLIDOS |
| 2 <input type="checkbox"/> MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS) | <u>84</u> |

SEXO:

- | |
|--|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> HOMBRE |
| 2 <input type="checkbox"/> MUJER |
| 3 <input type="checkbox"/> LGBTI |

DATOS SISBEN:

- | | |
|--|------------|
| Esta sisbenizado | PUNTAJE |
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> SI | <u>8.2</u> |
| 2 <input type="checkbox"/> NO | |

ESTA AFILIADO A UNA EPS

- | | | |
|--|--|------------------|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> SI | 1 <input type="checkbox"/> CONTRIBUTIVA | CUAL |
| 2 <input type="checkbox"/> NO | 2 <input checked="" type="checkbox"/> SUBSIDIADA | <u>Convivida</u> |

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

- | | | |
|---|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> VICTIMA DEL CONFLICTO AF | 4 <input type="checkbox"/> PUEBLOS INDIGENAS | 7 <input type="checkbox"/> COMUNIDADES (Negras, Afrocolón) |
| 2 <input type="checkbox"/> REINSERTADO(A) | 5 <input type="checkbox"/> MADRE CABEZA DE FAMILIA | 8 <input type="checkbox"/> PUEBLO Rrom (Gitanos) |
| 3 <input type="checkbox"/> DESMOBILIZADO(A) | 6 <input type="checkbox"/> PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD | 9 <input type="checkbox"/> RED UNIDOS |
| | | 10 <input type="checkbox"/> OTRO. CUAL? |

¿CUAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED? (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- | | | |
|--|---|---|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> NINGUNO | 5 <input type="checkbox"/> SECUNDARIA INCOMPLETA | 9 <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIA INCOMPLETA |
| 2 <input type="checkbox"/> PRIMARIA COMPLETA | 6 <input type="checkbox"/> TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA | 10 <input type="checkbox"/> POSTGRADO COMPLETO |
| 3 <input type="checkbox"/> PRIMARIA INCOMPLETA | 7 <input type="checkbox"/> TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA | 11 <input type="checkbox"/> POSTGRADO INCOMPLETO |
| 4 <input type="checkbox"/> SECUNDARIA COMPLETA | 8 <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIA COMPLETA | |

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

El tiempo libre prácticamente no existía ya que me tocaba trabajar fuerte todos los días, ahora comparto con juegos y dialogo con los compañeros

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____ EMAIL: _____

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ PARENTESCO _____

TELÉFONO DE CONTACTO _____

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

¿CUÁLES SON LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TIENE CON SER BENEFICIARIO DEL CENTRO DE PROTECCIÓN O PERTENECER A ALGUN PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL

Gracias a Dios acá tengo mis alimentos y una cama para dormir

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Soy hipertenso

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENTREVISTADOR

TELÉFONO DE CONTACTO

CORREO ELECTRONICO

Milena Real y Johana Vega
3205567858 - 312 426 2440
rrcalbusa@uniminuto.edu.co
suegabar@uniminuto.edu.co

ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DE REDES DE APOYO EN EL MUNICIPIO DE YACOPI -CUNDINAMARCA.



ENTREVISTA PERSONA MAYOR YACOPI CUNDINAMARCA



IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Cayetano
SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: Hoyos
SEGUNDO APELLIDO:

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- 1 [X] CEDULA DE CIUDADANÍA
2 [] CEDULA DE EXTRANJERÍA
3 [] TARJETA DE IDENTIDAD
4 [] REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP
5 [] PASAPORTE
6 [] TARJETA DE EXTRANJERÍA

fecha de Nacimiento: 26 Junio 1948
No. Documento 462.832

RANGO DE EDAD:

1 [X] ADULTO (27 - 59 AÑOS)
2 [] MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)
AÑOS CUMPLIDOS 7 2

SEXO:

- 1 [X] HOMBRE
2 [] MUJER
3 [] LGBTI

DATOS SISBEN:

Esta sisbenizado
1 [X] SI
2 [] NO
PUNTAJE 11.0

ESTA AFILIADO A UNA EPS

- 1 [X] SI
2 [] NO
1 [] CONTRIBUTIVA
2 [X] SUBSIDIADA CUAL Convida

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

- 1 [X] VICTIMA DEL CONFLICTO AF
2 [] REINSERTADO(A)
3 [] DESMOBILIZADO(A)
4 [] PUEBLOS INDIGENAS
5 [] MADRE CABEZA DE FAMILIA
6 [] PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD
7 [] COMUNIDADES (Negras, Afrocolón)
8 [] PUEBLO Rrom (Gitanos)
9 [] RED UNIDOS
10 [] OTRO, CUAL?

¿CUAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED? (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- 1 [] NINGUNO
2 [] PRIMARIA COMPLETA
3 [X] PRIMARIA INCOMPLETA
4 [] SECUNDARIA COMPLETA
5 [] SECUNDARIA INCOMPLETA
6 [] TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA
7 [] TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA
8 [] UNIVERSITARIA COMPLETA
9 [] UNIVERSITARIA INCOMPLETA
10 [] POSTGRADO COMPLETO
11 [] POSTGRADO INCOMPLETO

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Me gusta mirar televisión y jugar con ellos

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: EMAIL:

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE PARENTESCO

TELEFONO DE CONTACTO

MÓDULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

¿CUÁLES SON LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TIENE CON SER BENEFICIARIO DEL CENTRO DE PROTECCIÓN O PERTENECER A ALGUN PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL

Me gusto mucho estar aqui porque me cuidan, se preocupan por mi, tengo buena comida y la paso tranquilo.

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENTREVISTADOR Milena Real- Yohana Vega
TELEFONO DE CONTACTO 3205567858 - 3124262446
CORREO ELECTRONICO rrealbusa@uniminuto.edu.co
Svegabar@uniminuto.edu.co

ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DE REDES DE APOYO EN EL MUNICIPIO DE YACOPI -CUNDINAMARCA.



IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Silena
 SEGUNDO NOMBRE: _____
 PRIMER APELLIDO: Ramirez
 SEGUNDO APELLIDO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> | CEDULA DE CIUDADANÍA | 4 <input type="checkbox"/> | REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP |
| 2 <input type="checkbox"/> | CEDULA DE EXTRANJERÍA | 5 <input type="checkbox"/> | PASAPORTE |
| 3 <input type="checkbox"/> | TARJETA DE IDENTIDAD | 6 <input type="checkbox"/> | TARJETA DE EXTRANJERÍA |

fecha de Nacimiento: 12 Nov: 1941
 No. Documento 21.133.361

RANGO DE EDAD:

1 <input type="checkbox"/>	ADULTO (27 - 59 AÑOS)	AÑOS CUMPLIDOS	<u>7</u>	<u>8</u>
2 <input checked="" type="checkbox"/>	MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)			

SEXO:

- | | |
|---------------------------------------|--------|
| 1 <input type="checkbox"/> | HOMBRE |
| 2 <input checked="" type="checkbox"/> | MUJER |
| 3 <input type="checkbox"/> | LGBTI |

DATOS SISBEN:

1 <input checked="" type="checkbox"/>	SI	PUNTAJE	<u>12.3</u>
2 <input type="checkbox"/>	NO		

ESTA AFILIADO A UNA EPS

1 <input checked="" type="checkbox"/>	SI	1 <input type="checkbox"/>	CONTRIBUTIVA	CUAL
2 <input type="checkbox"/>	NO	2 <input checked="" type="checkbox"/>	SUBSIDIADA	<u>Convivida</u>

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

- | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | VICTIMA DEL CONFLICTO AF | 4 <input type="checkbox"/> | PUEBLOS INDIGENAS | 7 <input type="checkbox"/> | COMUNIDADES (Negras, Afrocolón) |
| 2 <input type="checkbox"/> | REINSERTADO(A) | 5 <input type="checkbox"/> | MADRE CABEZA DE FAMILIA | 8 <input type="checkbox"/> | PUEBLO Rrom (Gitanos) |
| 3 <input type="checkbox"/> | DESMOVILIZADO(A) | 6 <input type="checkbox"/> | PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD | 9 <input type="checkbox"/> | RED UNIDOS |
| | | | | 10 <input type="checkbox"/> | OTRO. CUAL? |

¿CUAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED? (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> | NINGUNO | 5 <input type="checkbox"/> | SECUNDARIA INCOMPLETA | 9 <input type="checkbox"/> | UNIVERSITARIA INCOMPLETA |
| 2 <input type="checkbox"/> | PRIMARIA COMPLETA | 6 <input type="checkbox"/> | TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA | 10 <input type="checkbox"/> | POSTGRADO COMPLETO |
| 3 <input type="checkbox"/> | PRIMARIA INCOMPLETA | 7 <input type="checkbox"/> | TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA | 11 <input type="checkbox"/> | POSTGRADO INCOMPLETO |
| 4 <input type="checkbox"/> | SECUNDARIA COMPLETA | 8 <input type="checkbox"/> | UNIVERSITARIA COMPLETA | | |

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Me gustaba coser, aunque ya debido a mi enfermedad no puedo, ahora miro television o descanso en mi cama.

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____ EMAIL: _____

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ PARENTESCO _____

TELEFONO DE CONTACTO

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

¿CUÁLES SON LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TIENE CON SER BENEFICIARIO DEL CENTRO DE PROTECCIÓN O PERTENECER A ALGUN PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL

Aca me cuidan mientras mi hija trabaja en Bogota para sacar adelante a sus hijos.

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENTREVISTADOR Johana Vega- Milena Real
 TELEFONO DE CONTACTO 3124262448 - 3205567858
 CORREO ELECTRONICO jvegar@uniminuto.edu.co
realbus@uniminuto.edu.co

ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DE REDES DE APOYO EN EL MUNICIPIO DE YACOPI -CUNDINAMARCA.



ENTREVISTA PERSONA MAYOR YACOPI CUNDINAMARCA



IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Evaristo
SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: Triand
SEGUNDO APELLIDO:

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- 1 [X] CEDULA DE CIUDADANÍA
2 [] CEDULA DE EXTRANJERÍA
3 [] TARJETA DE IDENTIDAD
4 [] REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP
5 [] PASAPORTE
6 [] TARJETA DE EXTRANJERÍA

fecha de Nacimiento: 30 Marzo 1935
No. Documento 3 261. 017

RANGO DE EDAD:

1 [] ADULTO (27 - 59 AÑOS)
2 [X] MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)
AÑOS CUMPLIDOS 85

SEXO:

- 1 [X] HOMBRE
2 [] MUJER
3 [] LGBTI

DATOS SISBEN:

Esta sisbenizado
1 [X] SI
2 [] NO
PUNTAJE 5.6

ESTA AFILIADO A UNA EPS

1 [X] SI
2 [] NO
1 [] CONTRIBUTIVA
2 [X] SUBSIDIADA CUAL Convida

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

- 1 [] VICTIMA DEL CONFLICTO AF
2 [] REINSERTADO(A)
3 [] DESMOVILIZADO(A)
4 [] PUEBLOS INDIGENAS
5 [] MADRE CABEZA DE FAMILIA
6 [X] PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD
7 [] COMUNIDADES (Negras, Afrocolón)
8 [] PUEBLO Rrom (Gitanos)
9 [] RED UNIDOS
10 [] OTRO. CUAL?

¿CUAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED? (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

- 1 [X] NINGUNO
2 [] PRIMARIA COMPLETA
3 [] PRIMARIA INCOMPLETA
4 [] SECUNDARIA COMPLETA
5 [] SECUNDARIA INCOMPLETA
6 [] TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA
7 [] TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA
8 [] UNIVERSITARIA COMPLETA
9 [] UNIVERSITARIA INCOMPLETA
10 [] POSTGRADO COMPLETO
11 [] POSTGRADO INCOMPLETO

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Cuando estaba un poco mejor me gustaba ir a la iglesia a dar gracias a Dios, ahora admiro la naturaleza y hablo con los compañeros de vida.

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: EMAIL:

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE PARENTESCO

TELÉFONO DE CONTACTO

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

¿CUÁLES SON LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TIENE CON SER BENEFICIARIO DEL CENTRO DE PROTECCIÓN O PERTENECER A ALGUN PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL

Aquí están pendientes de mis medicamentos, mis alimentos, mi ropa y todo.

DESCRIBA CONDICIONES MÉDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENTREVISTADOR Johana Vega- Milena Real
TELÉFONO DE CONTACTO 3124262440 - 3205567858
CORREO ELECTRONICO suegabar@uniminuto.edu.co
rrealbus@uniminuto.edu.co

ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DE REDES DE APOYO EN EL MUNICIPIO DE YACOPI -CUNDINAMARCA.

**SECCIÓN B. CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS
(PARA SER DILIGENCIADA EN TODOS LOS CENTROS)**

1 Población por sexo

Escriba el número de personas que atiende la institución

Hombres

Mujeres

Total

2 Población por sexo y edad

Escriba el número de mujeres y hombres según el sexo y la edad

Edad	Hombres	Mujeres
1 < 60 años	<input type="text" value="001"/>	<input type="text"/>
2 60 - 69 años	<input type="text" value="029"/>	<input type="text" value="004"/>
4 70 - 79 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 80 - 89 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8 90 - 99 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10 100 y mas años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
99 Sin dato	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text" value="030"/>	<input type="text" value="004"/>

NOTA: estos totales deben coincidir con el no. de hombres y mujeres de la pregunta 1

3 Régimen de afiliación a la seguridad social

Escriba el número de mujeres y hombres según el sexo y el régimen de seguridad social en salud

Régimen	Hombres	Mujeres
1 Contributivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Subsidiado	<input type="text" value="030"/>	<input type="text" value="004"/>
3 Especial	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 Sin afiliación	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 Nivel en SISBEN

El total debe coincidir con la suma de hombres y mujeres del régimen subsidiado

Nivel	Número
1 Nivel 1	<input type="text" value="034"/>
2 Nivel 2	<input type="text"/>
3 Nivel 3	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>

5 Principal motivo de ingreso a la institución

- 1 Permanece solo durante el día
- 2 Vive solo (a) sin hijos
- 3 Fue abandonado por esposa(o) y/o hijos
- 4 Abandonó el hogar
- 5 Situación económica de la familia
- 6 Necesita cuidados especiales
- 7 No sabe/ no llevan registro
- 8 Otro ¿Cuál?

	Hombres	Mujeres
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text" value="029"/>	<input type="text" value="003"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text" value="001"/>
6	<input type="text" value="001"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 Requisitos de ingreso que exige la institución

- 1 Tener afiliación al SGSS
- 1 Tener servicio de emergencias
- 1 Tener seguro funerario
- Tener edad de 60 años en adelante
- 1 Tener acudiente
- No poseer red de apoyo familiar
- 1 Otro ¿Cuál?
- 2 Ninguno

7 Situación de dependencia

Escriba el número de hombres según la situación:

	Hombres	Mujeres
1 No dependiente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Semidependiente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 Dependiente	<input type="text" value="002"/>	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nota: las definiciones se pueden consultar en el instructivo de recolección

8 Personas con discapacidad

Relacione el número de personas con algún tipo de discapacidad

	Número
Hombres	<input type="text" value="003"/>
Mujeres	<input type="text" value="001"/>
TOTAL	<input type="text" value="006"/>

9 Tipo de discapacidad

Número de hombres y de mujeres en cada tipo de discapacidad

	Hombres	Mujeres
1 Física	<input type="text" value="002"/>	<input type="text"/>
2 Auditiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 Visual	<input type="text" value="002"/>	<input type="text" value="001"/>
4 Cognitiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 Mental	<input type="text" value="001"/>	<input type="text"/>
6 Múltiple	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text" value="005"/>	<input type="text" value="001"/>

10 Ayudas técnicas

De las personas con discapacidad, cuántas requieren de ayudas técnicas?

Número de personas

11 Tipo de ayudas técnicas

Qué tipo de ayudas técnicas requieren?

	Número de personas
1 Prótesis (brazos, piernas, otro)	<input type="text" value="001"/>
2 Órtesis (Sillas, bastones, caminador, otro)	<input type="text" value="005"/>
3 Otra ¿Cuál?	<input type="text"/>

12 Salud bucal de la población

Anote el número de personas según la salud bucal

- Buena (Tienen la dentadura completa)
- Regular (Les falta menos de la mitad de la dentadura)
- Mala (Les falta más de la mitad de la dentadura)

13 Necesidades de prótesis bucal en la población

Anote el número de personas que requieren prótesis (Las que están con respuesta es 2 ó 3 en pregunta anterior):

	Número de personas
1 Prótesis superior	<input type="text"/>
2 Prótesis inferior	<input type="text"/>
3 Ambas prótesis	<input type="text" value="026"/>

14 Cuántas personas reciben subsidio del programa "Colombia Mayor"

Número de personas

**SECCIÓN E. CONDICIONES SANITARIAS Y AMBIENTALES BÁSICAS
(PARA SER DILIGENCIADA EN TODOS LOS CENTROS)**

<p>1 La institución garantiza el suministro de:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;"><input type="checkbox"/> 1 Agua potable</td> <td style="width:20%; text-align: center;">SI NO</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 Energía eléctrica</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 Alcantarillado</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 Gas natural conectado a red pública</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Agua potable	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Energía eléctrica	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Alcantarillado	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Gas natural conectado a red pública	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>2 La institución cuenta con:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;"><input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de teléfono</td> <td style="width:20%; text-align: center;">SI NO</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de internet</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de fax</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de teléfono	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de internet	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de fax	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 1 Agua potable	SI NO																
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Energía eléctrica	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Alcantarillado	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Gas natural conectado a red pública	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de teléfono	SI NO																
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de internet	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de fax	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																
<p>3 Los usuarios acceden a los servicios de:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;"><input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de teléfono</td> <td style="width:20%; text-align: center;">SI NO</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de internet</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de fax</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de teléfono	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de internet	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de fax	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<p>4 Las instalaciones para el suministro de agua funcionan normalmente? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No</p>										
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de teléfono	SI NO																
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de internet	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Servicio de fax	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																
<p>6 Se garantiza que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No</p>	<p>5 Cuenta con tanques de almacenamiento de agua adecuados, que garantice como mínimo, 24 horas de servicio? <input type="checkbox"/> 1 Si <input checked="" type="checkbox"/> 2 No</p>																
<p>8 Manejo de aguas residuales</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;"><input checked="" type="checkbox"/> 1 Manejo y evacuación de residuos sólidos y líquidos</td> <td style="width:20%; text-align: center;">SI NO</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 2 Los desagües están en buenas condiciones</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Manejo y evacuación de residuos sólidos y líquidos	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Los desagües están en buenas condiciones	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>9 Manejo de residuos contaminantes</p> <p>Adecuada disposición de residuos contaminantes <input checked="" type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO</p>												
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Manejo y evacuación de residuos sólidos y líquidos	SI NO																
<input checked="" type="checkbox"/> 2 Los desagües están en buenas condiciones	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<p>11 Las paredes y los techos están en buenas condiciones? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No</p>	<p>10 Drenaje de aguas lluvias</p> <p>Se realiza mediante sistema de desagües? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No</p>																
<p>13 Área de aseo</p> <p>Tiene área de almacenamiento para elementos de aseo <input checked="" type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO</p>	<p>12 Son de fácil limpieza y desinfección? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No</p>																
<p>15 Si la respuesta es SI</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;"><input checked="" type="checkbox"/> 1 Es un lugar cerrado y ventilado</td> <td style="width:20%; text-align: center;">SI NO</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 2 Tiene una poceta para el lavado de útiles de aseo</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Es un lugar cerrado y ventilado	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Tiene una poceta para el lavado de útiles de aseo	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>14 El área de lavadero de ropas</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;"><input checked="" type="checkbox"/> 1 Cuenta con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia,</td> <td style="width:20%; text-align: center;">SI NO</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 2 Tiene lavadora adecuada al número de residentes</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 3 Tiene sistema de secado y planchado de la ropa,</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 4 Tiene un lugar para clasificar y guardar ropa limpia</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 5 Los adultos mayores lavan su ropa?</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 6 Tienen marcada la ropa de manera individual</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Cuenta con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia,	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Tiene lavadora adecuada al número de residentes	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 3 Tiene sistema de secado y planchado de la ropa,	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 4 Tiene un lugar para clasificar y guardar ropa limpia	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 5 Los adultos mayores lavan su ropa?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 6 Tienen marcada la ropa de manera individual	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Es un lugar cerrado y ventilado	SI NO																
<input checked="" type="checkbox"/> 2 Tiene una poceta para el lavado de útiles de aseo	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Cuenta con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia,	SI NO																
<input checked="" type="checkbox"/> 2 Tiene lavadora adecuada al número de residentes	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<input checked="" type="checkbox"/> 3 Tiene sistema de secado y planchado de la ropa,	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<input checked="" type="checkbox"/> 4 Tiene un lugar para clasificar y guardar ropa limpia	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<input checked="" type="checkbox"/> 5 Los adultos mayores lavan su ropa?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<input checked="" type="checkbox"/> 6 Tienen marcada la ropa de manera individual	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																

CONDICIONES HIGIENICO SANITARIAS GENERALES

<p>16 Actividades higiénico sanitarias</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;"><input checked="" type="checkbox"/> 1 Área destinada exclusivamente para depósito temporal de residuos sólidos (basuras)</td> <td style="width:20%; text-align: center;">SI NO</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 2 Se realiza separación en la fuente de residuos: implementando código de colores separación residuos en orgánicos, reciclables, hospitalarios</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 3 Suficientes recipientes para material sanitario, dotados con bolsa, tapa permanente (canecas basura)</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 4 Plan de Gestión Integral de Residuos sólidos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 5 Plan de control periódico de plagas y roedores</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 6 Plan de aseo y desinfección de superficies, utensilios, equipos</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Área destinada exclusivamente para depósito temporal de residuos sólidos (basuras)	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Se realiza separación en la fuente de residuos: implementando código de colores separación residuos en orgánicos, reciclables, hospitalarios	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 3 Suficientes recipientes para material sanitario, dotados con bolsa, tapa permanente (canecas basura)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 4 Plan de Gestión Integral de Residuos sólidos	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 5 Plan de control periódico de plagas y roedores	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 6 Plan de aseo y desinfección de superficies, utensilios, equipos	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>17 Cuenta con servicios de:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;"><input checked="" type="checkbox"/> 1 Enfermería</td> <td style="width:20%; text-align: center;">SI NO</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 2 Consultorio médico</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 3 Odontología</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 4 Terapias</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Enfermería	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Consultorio médico	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 3 Odontología	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 4 Terapias	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Área destinada exclusivamente para depósito temporal de residuos sólidos (basuras)	SI NO																				
<input checked="" type="checkbox"/> 2 Se realiza separación en la fuente de residuos: implementando código de colores separación residuos en orgánicos, reciclables, hospitalarios	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/> 3 Suficientes recipientes para material sanitario, dotados con bolsa, tapa permanente (canecas basura)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/> 4 Plan de Gestión Integral de Residuos sólidos	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/> 5 Plan de control periódico de plagas y roedores	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/> 6 Plan de aseo y desinfección de superficies, utensilios, equipos	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Enfermería	SI NO																				
<input checked="" type="checkbox"/> 2 Consultorio médico	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/> 3 Odontología	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/> 4 Terapias	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
<p>18 Los servicios están habilitados?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;"><input checked="" type="checkbox"/> 1 Enfermería</td> <td style="width:20%; text-align: center;">SI NO</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 2 Consultorio médico</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 3 Odontología</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 4 Terapias</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Enfermería	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Consultorio médico	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 3 Odontología	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 4 Terapias	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Enfermería	SI NO																				
<input checked="" type="checkbox"/> 2 Consultorio médico	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/> 3 Odontología	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/> 4 Terapias	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				

**SECCIÓN F. ADMINISTRACIÓN Y RECURSO HUMANO
(PARA SER DILIGENCIADA EN TODOS LOS CENTROS)**

1 Recurso humano de la institución

(Señale el número de personas según la dedicación)

	Tiempo completo	Medio tiempo	Por horas
1 Director/Gerente/Administrador	0 1		
2 Auxiliar de Enfermería	0 2		
3 Enfermera Profesional			
4 Fisioterapeuta			
5 Gerontólogo			
6 Médico			
7 Nutricionista			0 1
8 Personal de servicios generales	0 2		
9 Psicólogo			
10 Trabajador Social	0 1		
11 Terapeuta Ocupacional			
12 Otro personal	0 2		

2 Convenio docencia/servicio

El establecimiento cuenta con un convenio de docencia/servicio con instituciones educativas?

1 Si 2 No

3 Áreas de formación y número de estudiantes por área

Área	Número
Área 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Área 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Área 3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

4 Cuentan con la supervisión de un docente?

1 Si

2 No

5 En qué periodo de año los estudiantes prestan el servicio a la institución?

.....

6 Reglamento interno del establecimiento

La institución tiene un reglamento de trabajo?

1 Si 2 No

7 Encuestas de satisfacción al cliente

La institución aplica encuestas de satisfacción (tanto a los residentes como a los familiares), las cuales incluyen aspectos como infraestructura, trato, calidad de la comida, higiene, privacidad, recreación, cuidados, oportunidad y participación de la familia?

1 Si 2 No

8 Protocolo de convivencia

La institución tiene un protocolo de convivencia?

1 Si 2 No

9 Sugerencias o reclamos

Existe un sistema para escuchar y tramitar las quejas y sugerencias de los residentes o sus familiares?

1 Si 2 No

10 Acciones de mejoramiento

Tienen acciones de mejoramiento para solución de quejas?

1 Si 2 No

SECCIÓN G. PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES PARA LAS PERSONAS MAYORES - REDES SOCIALES

PARA LAS INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN

1 Acciones de integración familiar

Qué programas desarrolla la institución para mantener el lazo familiar con los usuarios

	Si	No
1 Celebran el día de la familia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Horarios de visita	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Visita libre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 Contacto telefónico, internet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Relaciones familiares

1 De los usuarios de la institución, cuántos tienen familia

Número

2 De los que tienen familia, a cuántos visitan

3 De los que visitan con qué frecuencia son visitados

Frecuentemente (cada 8 días o más)

Con poca frecuencia (1 o 2 veces al año)

Nunca

3 Promoción de actividades para las personas mayores

- Le permiten a los usuarios salir con la familia y regresar?
- Desarrollan programas en los cuales las personas mayores pueden salir a la calle o realizar otra actividad
- Tienen algún sistema de identificación de las personas mayores en caso de extravío

4 Con qué frecuencia las personas mayores realizan

Frecuentemente Con poca frecuencia Nunca

<input checked="" type="checkbox"/> 1 Actividades al aire libre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 Actividades con la familia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 3 Actividades intergeneracionales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Frecuentemente (cada 8 días o más)

**Con poca frecuencia (menos de 1 vez por semana)

5 La institución define los programas y las personas se inscriben?

1 Si 2 No

6 Los usuarios participan en la definición de los programas?

1 Si 2 No

7 Qué metodología aplican en los programas para las personas mayores

1 Integración de para personas mayores MIPSAM del Ministerio de Salud y Protección Social

Si No

1 Metodologías propias

Si No

8 Los usuarios pueden realizar actividades nocturnas como:

Si No

<input type="checkbox"/> 1 Reunirse y conversar hasta la hora que deseen, con horario límite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 Pueden jugar en las horas de la noche (juegos de salón)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3 Pueden no acostarse en el horario establecido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Participación en actividades productivas

Las personas mayores participan en huertos o en otras actividades productivas?

1 Si 2 No

10 Reciben algún ingreso por esta actividad

1 Si 2 No

SECCIÓN G. PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES PARA LAS PERSONAS MAYORES - REDES SOCIALES (Continuación)

PARA LOS CENTROS DIA O CENTROS VIDA/DIA

11 El Centro Vida/Día ofrece servicio de alimentación para las personas mayores
 Si No

12 Los menús son elaborados por profesionales de la nutrición.
 Si No

13 El Centro Vida/Día ofrece orientación Psicosocial de manera preventiva a todas las personas mayores que atiende
 Si No

14 La orientación Psicosocial está a cargo de profesionales en psicología y trabajo social
 Si No

15 El Centro Vida/Día ofrece Atención Primaria en Salud para patologías como: (apoyados en los recursos y actores de la Seguridad Social en Salud vigentes)

	Si	No
1 Malnutrición	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Medicina general	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Geriatría	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 Odontología	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

16 El Centro Vida/Día capacita a las personas mayores en actividades productivas de acuerdo con sus talentos, gustos y preferencias
 Si No

17 El Centro Vida/Día realizan actividades de promoción del trabajo asociativo de las personas mayores para la consecución de ingresos
 Si No

18 Con qué frecuencia el Centro Vida/Día ofrece a las personas mayores actividades en deporte
 Frecuentemente (cada 8 días o más)
 Con poca frecuencia (Menos de 1 vez a la semana)
 Nunca

19 Las actividades en deporte son suministradas por personas capacitadas
 Si No

20 En la programación que desarrolla el Centro Vida/Día realizan actividades dirigidas a la integración familiar
 Si No

21 Si la respuesta es si en pregunta 20:

	Si	No
1 Encuentros intergeneracionales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Encuentros de familias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 Actividades de recreación con la familia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 Paseos con las familias de los usuarios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Celebración del día de la familia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Celebración del día de las personas mayores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22 En la programación que desarrolla el Centro Vida/Día hay alguna actividad para personas solas
 Si No

23 Si la respuesta es si en pregunta 22, especifique:

	Si	No
1 Servicios de teleasistencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Visita domiciliaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Actividad de integración social	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Actividades recreativas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 El Centro Vida/Día ofrece un Auxilio Exequial en caso de fallecimiento de la persona mayor
 De 1 salario mínimo mensual vigente
 Más de 1 salario mínimo
 Menos de 1 salario mínimo
 Ninguno

Nombres y apellidos del entrevistador

Milena Real - Johana Vega

Teléfono de contacto

3205567858 - 3122422440

Correo electrónico

rrcalbusa@uniminuto.edu.co - svegabara@uniminuto.edu.co

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR

Falta implementar algunos procesos y procedimientos para el óptimo funcionamiento del centro.