INFORME TECNICO DE COORDINACIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR 'CENTRO VIDA OCAÑA' DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE MAYO DEL AÑO 2024, IMPLEMENTADO POR LA FUNDACIÓN IC- IDENTIDAD Y CULTURA

2024

Contenido

1. Introducción y resumen ejecutivo 3
2. Datos demográficos 4
3. Cumplimiento Normativo: 6
4. Actividades y Programas 7
5. Asistencia y Participación 17
7. Comunicación y Colaboración 53
8. Recursos Humanos 54
9. Presupuesto y Finanzas 56
10. Proyectos y Mejoras 57
11. Novedades 57
12. Conclusiones y Planes de Acción 57
Anexos 59

1. Introducción y resumen ejecutivo

Durante el segundo mes de ejecución del Programa de Protección Social al Adulto Mayor en el Centro Vida Ocaña, la Fundación IC-Identidad y Cultura continuó brindando atención integral a los adultos mayores desamparados y con escasos recursos económicos. Nuestro equipo de profesionales altamente capacitados y comprometidos siguió implementando las actividades planificadas, atención psicológica, fisioterapia y cuidado personalizado. , se continúa asegurando la entrega de raciones diarias de alimentación Además, en este periodo se llevaron a cabo encuentros intergeneracionales que fortalecieron los lazos afectivos entre generaciones, gratificantes paseos al aire libre que contribuyeron al bienestar físico y emocional de nuestros abuelos, así como la celebración de fechas especiales que llenaron de alegría y significado las vidas de nuestros queridos beneficiarios. Estas nuevas experiencias se sumaron a la labor continua de promover la protección y el cuidado integral de nuestros adultos mayores, reafirmando nuestro compromiso con su bienestar y felicidad."



2. Datos demográficos

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA DE CIUDADANIA	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	G.S. RH	EPS	DIRECCION	BARRIO
1	ALCIDES SERRANO PEREZ	13.364.940	24/07/1958	Sardinata, Norte de Santander	M	65	O+	COOSALUD EPS S.A.	KDX 164-340	GALAN
2	ALVARO TELLEZ	3.320.897	18/01/1938	Ocaña, Norte de Santander	M	86	A+	COOSALUD EPS S.A.	KDX 394-455	LOS CRISTALES
3	ANA DE JESUS CARRASCAL DE BOHORQUEZ	27.851.399	11/09/1947	San Calixto, Norte de Santander	F	76	A+	NUEVA EPS S.A.	RANSVERSAL	GALAN
4	ANA ESTER SANCHEZ	37.313.875	14/05/1958	Río de Oro, Cesar	F	66	A+	COMFAORIENTE	KDX 983-440	COLINAS DE LA PROVINCIA
5	ANDRES NAVARRO NAVARRO	5.443.617	19/03/1948	El Carmen, Norte de Santander	M	76	O+	COMFAORIENTE	KDX 409-170	ALTOS DEL NORTE
6	ANGEL DAVID DURAN RINCON	5.466.626	5/11/1944	Ocaña, Norte de Santander	M	79	O+	COMFAORIENTE	KDX 703-260	ASOVIGIRON
7	ARNULFO ACOSTA AVENDAÑO	5.459.631	5/08/1947	La Playa, Norte de Santander	M	76	O+	SANITAS S.A.S. -CM	KDX 394-440	LOS CRISTALES
8	CARLOS JULIO NAVARRO PEÑUELA	5.426.337	24/01/1952	Ocaña, Norte de Santander	M	72	O+	COMFAORIENTE	KDX 409-170	ALTOS DEL NORTE
9	CARMEN LUBIN PEÑARANDA PACHECO	5.466.526	17/09/1944	La Playa, Norte de Santander	M	79	A+	COOSALUD EPS S.A.	lle 4 Nº 44A-	COLINAS DE LA FLORIDA
10	CARMEN ROSA TORO TORO	27.660.848	22/03/1935	Convención, Norte de Santander	F	89	O+	SANITAS S.A.S. -CM	KDX 709-520	ASOVIGIRON Parte Alta
11	EDILIA MARIA PEREZ PEREZ	37.318.467	25/10/1956	La Playa, Norte de Santander	F	67	O+	COOSALUD EPS S.A.	KDX 718-280	ASOVIGIRON
12	EDUVIN PÉREZ BARBOSA	13.165.563	5/05/1959	El Carmen, Norte de Santander	M	65	A+	COOSALUD EPS S.A.	3-760 LADO C	COLINAS DE LA PROVINCIA
13	EMILIA ROSA JACOME D AVENDAÑO	27.762.173	23/03/1943	Ocaña, Norte de Santander	F	81	B+	NUEVA EPS S.A.	KDX 266-800	GALAN
14	EMILIO PEÑUELA	77.149.406	12/02/1958	Brotaré, Norte de Santander	M	66		COMFAORIENTE	KDX 409-170	ALTOS DEL NORTE
15	ESTEBAN RINCON	4.982.476	26/02/1935	Gonzales, Cesar	M	89	O-	COOSALUD EPS S.A.	KDX 162-660	GALAN
16	HEMEL SERRANO PEREZ	5.458.752	15/06/1951	Sardinata, Norte de Santander	M	73	O+	SANITAS S.A.S. -CM	KDX 164-340	GALAN
17	ISIDRO ANTONIO MENESES MENESES	5.035.464	6/12/1947	Gonzales, Cesar	M	76	O+	COOSALUD EPS S.A.	KDX 391-260	LOS CRISTALES
18	ISMAEL ANTONIO RUEDAS PAREDES	5.466.339	18/05/1944	Ocaña, Norte de Santander	M	80	O+	COMFAORIENTE	KDX 155-560	SAUCES
19	JOSE DE DIOS GALVAN QUINTERO	88.138.908	19/03/1963	Teorama, Norte de Santander	M	61	A+	COMFAORIENTE	KDX 704-220	ASOVIGIRON - Parte Baja
20	JOSE DE JESUS CASELLES SANCHEZ	1.757.120	19/06/1946	Río de Oro, Cesar	M	77	O+	COMFAORIENTE	KDX 983-440	COLINAS DE LA PROVINCIA
21	JOSE DOMINGO PEÑUELA	5.426.263	24/03/1939	Ocaña, Norte de Santander	M	85	O-	NUEVA EPS S.A.	KDX 409-170	ALTOS DEL NORTE
22	LEONOR LEMUS DE PEÑARANDA	27.661.212	9/05/1945	Ocaña, Norte de Santander	F	79	A+	COOSALUD EPS S.A.	lle 4 Nº 44A-	COLINAS DE LA FLORIDA
23	LUCIA BALAGUERA DE CRISTANCHO	27.762.828	13/12/1945	La Playa, Norte de Santander	F	78	A+	COOSALUD EPS S.A.	KDX 708-180	ASOVIGIRON
24	LUIS ALFREDO SALAZAR RANGEL	1.091.593.885	13/12/1938	La Playa, Norte de Santander	M	85	A+	COMFAORIENTE	KDX 713-120	ASOVIGIRON
25	LUIS CONTRERAS TORRES	1.959.870	15/07/1925	El Carmen, Norte de Santander	M	98	A+	COMFAORIENTE	LLE 3 Nº 16-1	LA LIBERTAD
26	LUZ MARIA TORRES ANGARITA	37.323.659	1/04/1957	El Carmen, Norte de Santander	F	67	O+	COMFAORIENTE	KDX 406-370	VILLAPARAISO
27	MIGUEL ANGEL JACOME PACHECO	13.361.622	7/01/1955	Ocaña, Norte de Santander	M	69	B-	NUEVA EPS S.A.	KDX 266-800	GALAN
28	NINFA ROSA GALVAN DE MELO	27.745.072	11/05/1936	Hacarí, Norte de Santander	F	88	A+	COMFAORIENTE	KDX 805-360	CRISTALES
29	OLINTA MARIA GARCIA JAIMES	37.319.582	17/07/1954	Bucarasica, Norte de Santander	F	69	O+	NUEVA EPS S.A.	KDX 181-140	2 DE OCTUBRE-GALAN
30	OLINTO NAVARRO NAVARRO	12.683.333	16/03/1948	Betulia, Santander	M	76	B+	SANITAS S.A.S. -CM	KDX 273-430	LOS CRISTALES
31	PEDRO ANTONIO ROSAS MOLINA	13.477.632	2/06/1963	Cúcuta, Norte de Santander	M	61	B+	SANITAS S.A.S. -CM	alle 10 Nº 20	LOS CRISTALES
32	PEDRO ELIAS MENESES BLANCO	13.250.878	9/07/1949	Convención, Norte de Santander	M	74	O+	SANITAS S.A.S. -CM	KDX 713-215	GIRON (dos casas antes de V
33	ROMELIA PALLARES GARZON	37.229.504	15/11/1948	Convención, Norte de Santander	F	75	A+	COOSALUD EPS S.A.	KDX 178-100	GALAN
34	URBANO TARAZONA NAVARRO	13.373.645	12/05/1962	Convención, Norte de Santander	M	62	A+	COOSALUD EPS S.A.	ra 49 Nº 3-10	SAUCES - Parte Baja
35	VIRGELMA BLANCO QUINTERO	27.657.220	23/10/1937	Convención, Norte de Santander	F	86	O-	COOSALUD EPS S.A.	KDX 162-660	GALAN
36	ELVANIA MARIA LUNA DE FLOREZ	37.365.854	2/12/1942	Convención, Norte de Santander	F	81	A+	SANITAS S.A.S. -CM	KDX 391-220	LOS CRISTALES
37	ANA ROSA PRADO VERGEL	1.092.731.418	15/05/1946	Rio de Oro, Cesar	F	78	0+	COMFAORIENTE	KDX 168-560	GALAN
38	ROSA MARIA PRADO VERGEL	1.092.731.419	13/12/1943	Rio de Oro, Cesar	F	80	A+	COMFAORIENTE	KDX 168-560	GALAN
39	CARMEN CECILIA PRADA DE PEÑA	37.313.614	15/06/1960	Ocaña, Norte de Santander	F	64	A+	COMFAORIENTE	KDX 168-560	GALAN
40	MARY DUARTE DE SANCHEZ	37.865.366	1/12/1949	Convención, Norte de Santander	F	74	O+	COMFAORIENTE	KDX 266-400	GALAN
41	CARMEN MARIA ANGARITA TORRES	37.369.396	15/05/1937	Ocaña, Norte de Santander	F	87	A+	COMFAORIENTE	KDX 092-550	SANTA CLARA

En el mes de mayo se atendieron a 40 abuelos. Lamentablemente, el día 16 del mismo mes, falleció uno de los abuelos, el señor José Domingo Peñuela. Como resultado, se le dio ingreso a la señora Elvania Luna. Por lo tanto, en la tabla aparece incluido el señor José Domingo porque estuvo medio mes, y en el puesto número 41 aparece doña Elvania porque ella ingresó el 17 de mayo.

A continuación, se describen el rango de edad y el número de abuelos en cada grupo

GRUPO DE EDAD	NUMERO DE ABUELOS EN CADA GRUPO
60-65	6
66-70	5
71-75	6
76-80	11
81-90	10
91-99	2

- En el grupo de edad de 60-65 años, se atendieron 6 abuelos.

- Para el rango de 66-70 años, la atención se brindó a 5 abuelos.

- En el grupo de 71-75 años, también se atendieron 6 abuelos.

- El rango con la mayor cantidad de abuelos atendidos fue el de 76-80 años, con un total de 11 abuelos.

- Así mismo, en el grupo de 81-90 años, se brindó atención a 11 abuelos.

- Por último, en el rango de 91-99 años, se encontraron únicamente 2 abuelos.

En cuanto al género, actualmente se está brindando atención a 19 mujeres. Este mes se suma una más, por lo que ahora son 20 mujeres, mientras que el número de hombres atendidos se mantiene en 20. Es importante destacar que de los hombres atendidos, 12 asisten regularmente al centro de vida, mientras que los otros 8 reciben atención domiciliaria. De igual manera, de las 20 mujeres atendidas, 9 asisten diariamente al centro de vida, mientras que las otras 11 no lo hacen debido a sus precarias

condiciones de salud, por lo que también reciben atención domiciliaria. Cuando se realizan paseos o se celebran fechas especiales, se trata de llevar a la mayor parte de los beneficiarios a centro vida.



Hombres que asisten a Centro vida



Mujeres que asisten a Centro vida

3. Cumplimiento Normativo:

En el Centro Vida de Ocaña, nos esforzamos por cumplir con la normatividad establecida para asegurar el bienestar y la atención adecuada a los adultos mayores. Nuestro compromiso se manifiesta en la atención individualizada, la creación de un ambiente seguro y acogedor, así como en la implementación de programas y servicios diseñados específicamente para satisfacer las necesidades de nuestros residentes de la tercera edad, en total concordancia con el artículo 1 de la ley 30490 de 2017. Además, buscamos garantizar la prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en términos de cuidado, bienestar y asistencia social, cumpliendo tanto con la ley 30490 de 2017 como con la ley 1315 del 2009, lo que contribuye a mejorar su calidad de vida y propiciar su integración al desarrollo social, económico, político y cultural de la Nación.

Además, cumplimos con la ley 1850 de 2017 al brindar alimentos necesarios para una buena nutrición balanceada y sana, proporcionar vestuario, recreación y cultura a través de las actividades desarrolladas, así como participar emocionalmente y dignificar la vida de estos adultos mayores. De

igual manera, hemos cumplido con la ley 1346 de 2009 al incluir a 4 personas con discapacidad física o mental en el Centro Vida, brindándoles un trato equitativo con las demás personas.

En relación a la ley 1276 de 2009, estamos cumpliendo al prestar servicios de manera gratuita, garantizando una nutrición adecuada y participando en actividades educativas, recreativas y culturales. Asimismo, cumplimos con la ley 1251 de 2008, ya que todos los abuelos atendidos pertenecen a los niveles I y II del Sisbén.

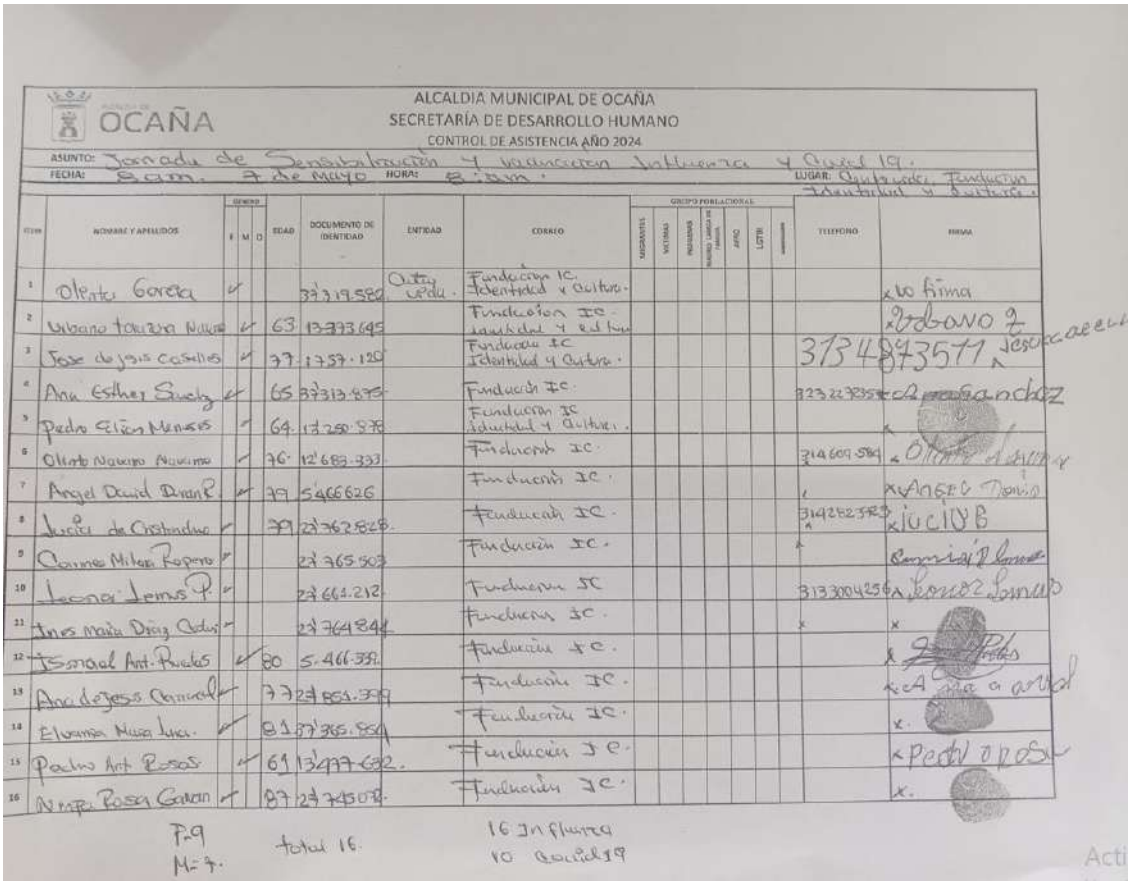
4. Actividades y Programas

Para el segundo mes de atención a los adultos mayores, se planificaron una serie de actividades adicionales a las realizadas anteriormente. El mes se inició con una jornada de sensibilización y vacunación contra la influenza y la COVID-19, la cual resultó en la vacunación del 47% de los adultos mayores beneficiarios del centro vida. Además, durante esta actividad, la jefa de enfermería de la alcaldía municipal llevó a cabo una sesión informativa para concienciar a los asistentes sobre temas





relevantes para su bienestar, pues muchos de los abuelos estaban prevenidos en cuanto a las vacunas, ya que, a algunos de estos, las dosis que habían sido colocadas anteriormente, les causo muchos malestares.



ALCALDIA MUNICIPAL DE OCAÑA
SECRETARÍA DE DESARROLLO HUMANO
CONTROL DE ASISTENCIA AÑO 2024

ASUNTO: Jornada de Sensibilización y bienestar Integral y Covid 19.
FECHA: 8am. 7 de Mayo HORA: 8:30m. LUGAR: Auditorio Fundación Identidad y Cultura.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDOS	GENERO F	GENERO M	GENERO O	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ENTIDAD	CORREO	GRUPO POBLACIONAL MIGRANTES	VICTIMAS	PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD	MADRES CABEZA DE FAMILIA	ADULTO MAYOR	LGTBI	DISCAPACIDAD	TELEFONO	FIRMA
1	Oliato Garcia	✓				37319580	Cuty Cedu.	Fundacion IC. Identidad y Cultura.									x No firma
2	Ubano Tarazona Nuñez	✓			63	13773645		Fundacion IC. Identidad y Cultura.									x Ubano T.
3	Jose de jesus castillo	✓			77	1757.120		Fundacion IC Identidad y Cultura.								3734873571	Jesus Castillo
4	Ana Esther Sandoz	✓			65	37313.875		Fundacion IC.								3232273355	x Ana Esther Sandoz
5	Pedro Elias Meneses	✓			64	13250.578		Fundacion IC Identidad y Cultura.									x
6	Oliato Navarro Nuñez	✓			76	12685.333		Fundacion IC.								3146095841	x Oliato Navarro
7	Angel David Duran P.	✓			79	5466626		Fundacion IC.									x Angel David
8	Lucia de Cristancho	✓			79	27762828.		Fundacion IC.								3142523583	x Lucia B
9	Carmen Milena Rozpero	✓				27765503		Fundacion IC.								x	Carmen Rozpero
10	Leonor Lemus P.	✓				27661.212		Fundacion IC.								3133004256	x Leonor Lemus
11	Ines Maria Diaz Ortiz	✓				27764844		Fundacion IC.								x	x
12	Ismael Ant. Rueda	✓			80	5.466.331.		Fundacion IC.									x
13	Ana Dolores Carrascal	✓			77	27851.379		Fundacion IC.									x Ana Dolores Carrascal
14	Elvenia Mesa Lopez.	✓			81	37365.859		Fundacion IC.									x.
15	Pedro Ant Rosas	✓			69	13477692.		Fundacion IC.									x Pedro Rosas
16	Nayra Rosas Garcia	✓			87	27745078.		Fundacion IC.									x.

F=9 M=7. total 16. 16 Influenza 10 Covid 19

A continuación, se lleva a cabo una jornada de salud integral en la cual dos médicos del hospital Emiro Quintero Cañizares y una odontóloga se trasladan a las instalaciones del centro vida para brindar atención a los abuelos beneficiarios. Esta iniciativa evita que los abuelos tengan que desplazarse a los puestos de salud o al hospital, permitiéndoles recibir valoraciones médicas en el mismo lugar. Dependiendo de la patología encontrada, se les envían exámenes o se les remite a consultas con especialistas.





En el caso del servicio de odontología, algunos abuelos fueron remitidos para la realización de prótesis dentales o cambios de chapa, asegurando así una atención integral a sus necesidades de salud bucodental.





De igual manera, se mantienen las actividades dirigidas por las profesionales de Centro Vida, que incluyen terapias tanto individuales como grupales,









Actividades recreativas y talleres.

Estas actividades son llevadas a cabo por el equipo de profesionales que prestan sus servicios en Centro Vida, asegurando así una atención integral y variada para los adultos mayores beneficiarios del programa.



Acompañamiento de la gestora social en la actividad realizada en el complejo histórico



Recorrido en el complejo histórico para conocer historia de Ocaña y de sus barrios antiguos







Salida campestre con los abuelos







Rumba y festejo del día de la madre









Además, se ha vuelto a contratar a la masajista, cuyos servicios fueron solicitados por los abuelos debido al bienestar que les proporciona esta actividad. Los masajes ofrecen una serie de beneficios





para los adultos mayores, como la reducción del estrés, la mejora de la circulación sanguínea, el alivio de la tensión muscular y articular, así como la promoción del bienestar emocional y mental. Esta práctica terapéutica no solo contribuye al alivio físico, sino que también proporciona un espacio de relajación y confort para los abuelos, mejorando su calidad de vida en general.

Se lleva a cabo nuevamente el corte de cabello, arreglo de uñas, servicio de aseo en hogares que lo necesitaban, lavado de ropa y actividades de manualidades. Estas iniciativas contribuyen significativamente al bienestar y cuidado integral de los adultos mayores, brindándoles la oportunidad de mantener una buena higiene personal, fomentar la creatividad a través de las manualidades y sentirse atendidos en diversos aspectos importantes para su calidad de vida. Es importante destacar que los adultos mayores se muestran especialmente contentos con el lavado de la ropa, ya que esta actividad les ha proporcionado gratitud y mucho beneficio. El contar con este servicio les brinda comodidad y alivio, permitiéndoles disfrutar de prendas limpias y cuidadas sin tener que preocuparse por esta tarea, lo cual contribuye significativamente a su bienestar en el día a día.

En los anexos se encontrarán los informes de cada profesional con las actividades desarrolladas.

- ✓ Informe de actividades realizadas por la profesional en Psicología. (ver anexo 1)
- ✓ Informe de actividades auxiliar de enfermería (ver anexo 2)
- ✓ Informe de actividades Fisioterapeuta (ver anexo 3)
- ✓ Informe de actividades Nutricionista (ver anexo 4)
- ✓ Informe repartidor de alimentos (ver anexo 5)

Encuentros Intergeneracionales. Durante el mes de mayo se llevaron a cabo varios encuentros intergeneracionales en los que los abuelos compartieron con estudiantes de psicología de la UNAD. Durante estos encuentros, se realizaron diferentes actividades en las que interactuaron, llevaron a cabo dinámicas, compartieron experiencias y se divirtieron. Las estudiantes prepararon actividades adecuadas para los abuelos, bailaron, realizaron juegos y otras dinámicas. En estas ocasiones, los participantes estaban felices y recibieron la visita de estas estudiantes tres veces por semana.





De igual manera, los estudiantes del colegio Mutis continúan realizando sus encuentros, compartiendo y visitando a nuestros abuelos. En esta ocasión, llevaron sándwiches con chocolate para compartir, se integraron con los abuelos, hablaron y compartieron sus experiencias y vivencias. También los escucharon y conocieron cómo viven, con quién comparten su día a día y qué actividades disfrutan juntos. ¡Fue una experiencia enriquecedora para ambas generaciones!

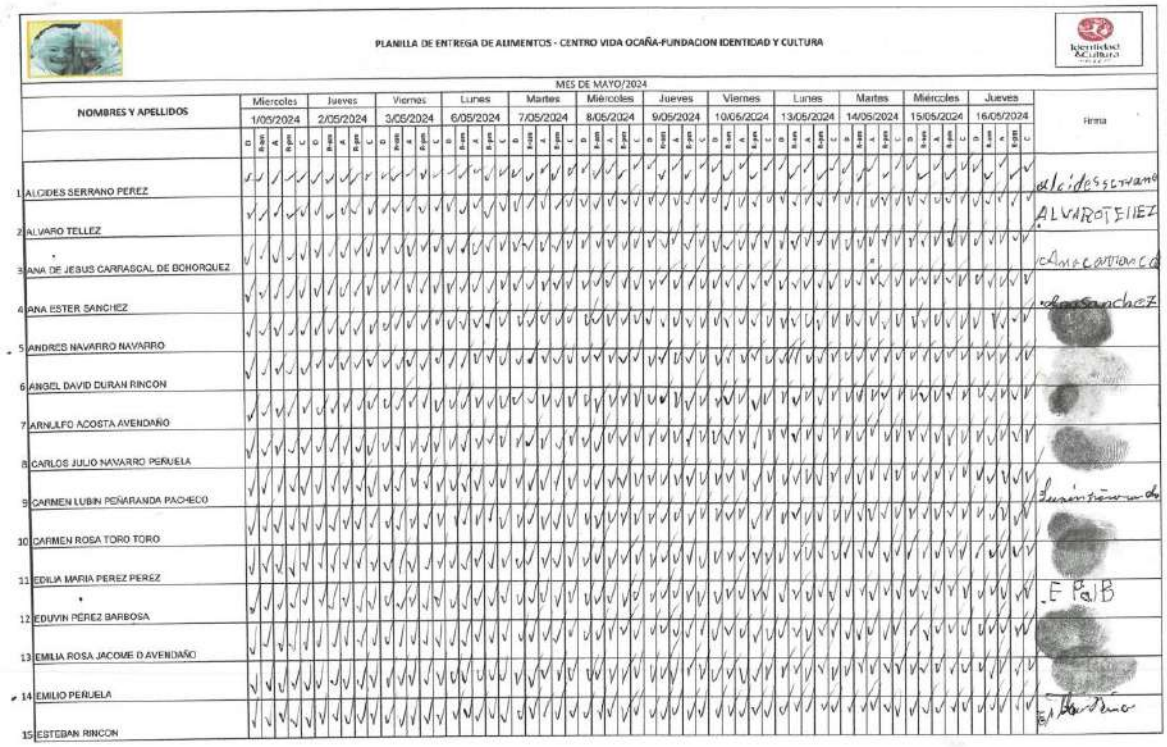


5. Asistencia y Participación

El 53% de los abuelos, asistieron a las instalaciones de Centro Vida, estos tuvieron la oportunidad de recibir terapias y ejercicios grupales, así como otras actividades que se desarrollan de manera conjunta, como celebración de fechas especiales, charlas motivacionales, visitas por parte de los estudiantes del colegio Mutis, actividades de relajación, integración, entre otras; el otro 47% de los abuelos, tuvieron acompañamiento personalizado, pero solo pudieron recibir terapias físicas, psicológicas; en cuanto a la celebración de fechas especiales, solo participan de las comidas y detalles que se logran entregar, se les realizo corte de cabello, servicio de aseo, lavado de ropa, masajes, valoraciones y acompañamiento por parte de las profesionales, además de los alimentos que se les provee diariamente, así mismo, se realizó entrega de mercados para compensar los días no trabajados.

Entrega de alimentos: Se realizan entregas de alimentos a todos los abuelos que forman parte de Centro Vida, ya sea a aquellos que asisten de forma presencial o a los que reciben los alimentos en sus hogares. En las siguientes imágenes se pueden ver los almuerzos entregados tanto a domicilio como en el centro.

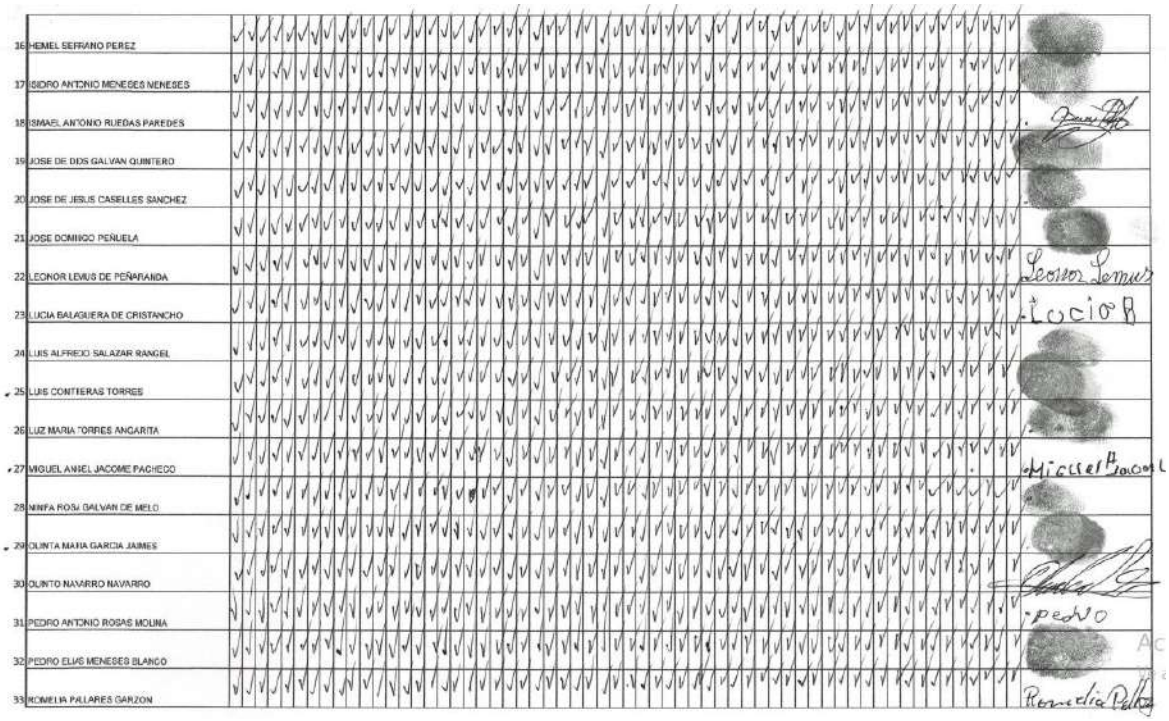
- ✓ **Planillas de entrega de alimentos correspondiente al mes de mayo**



PLANILLA DE ENTREGA DE ALIMENTOS - CENTRO VIDA OCAÑA-FUNDACION IDENTIDAD Y CULTURA

MES DE MAYO/2024

	NOMBRES Y APELLIDOS	Miercoles 1/05/2024	Jueves 2/05/2024	Viernes 3/05/2024	Lunes 6/05/2024	Martes 7/05/2024	Miércoles 8/05/2024	Jueves 9/05/2024	Viernes 10/05/2024	Lunes 13/05/2024	Martes 14/05/2024	Miércoles 15/05/2024	Jueves 16/05/2024	Firma
		D A C	D A C	D A C	D A C	D A C	D A C	D A C	D A C	D A C	D A C	D A C	D A C	
1	ALCIDES SERRANO PEREZ													
2	ALVARO TELLEZ													
3	ANA DE JESUS CARRASCAL DE BOHORQUEZ													
4	ANA ESTER SANCHEZ													
5	ANDRES NAVARRO NAVARRO													
6	ANGEL DAVID DURAN RINCON													
7	ARNULFO ACOSTA AVENDAÑO													
8	CARLOS JULIO NAVARRO PEÑUELA													
9	CARMEN LUBIN PEÑARANDA PACHECO													
10	CARMEN ROSA TORO TORO													
11	EDILIA MARIA PEREZ PEREZ													
12	EDUVIN PEREZ BARBOSA													
13	EMILIA ROSA JACOME D AVENDAÑO													
14	EMILIO PEÑUELA													
15	ESTEBAN RINCON													



16	HEMEL SERRANO PEREZ													
17	ISIDRO ANTONIO MENESES NENESES													
18	ISMAEL ANTONIO RUEDAS PAREDES													
19	JOSE DE DIOS GALVAN QUINTERO													
20	JOSE DE JESUS CASELLES SANCHEZ													
21	JOSE DOMINGO PEÑUELA													
22	LEONOR LEVIS DE PEÑARANDA													
23	LUCIA BALAGUERA DE CRISTANCHO													
24	LUIS ALFREDO SALAZAR RANGEL													
25	LUIS CONTRERAS TORRES													
26	LUZ MARIA TORRES ANGARITA													
27	MIGUEL ANGEL JACOME PACHECO													
28	NINFA ROSA GALVAN DE MELO													
29	OLINTA MARIA GARCIA JAIMES													
30	OLINTO NAVARRO NAVARRO													
31	PEDRO ANTONIO ROSAS MOLINA													
32	PEDRO ELIAS MENESES BLANCO													
33	ROMELIA PALARES GARZON													

34	URBANO TARAZONA NAVARRO	Urbano T.
35	VIRGELMA BLANCO QUINTERO	
36	ELVANIA MARIA LUNA DE FLOREZ	
37	ANA ROSA PRADO VERGEL	
38	ROSA MARIA PRADO VERGEL	
39	CARMEN CECILIA PRADA DE PEÑA	
40	MARY DUARTE DE SANCHEZ	Mary Duarte

Desayunos y cenas



Sándwich de pollo, avena y fruta.



Arepa con queso, pan, chocolate



Pan de avena, queso, café con leche



hígado encebollado, yuca, café con leche

REFRIGERIOS



Refrigerio 1. Compuesto por Sándwich de pollo, queso y jugo fruta



Ref 2. Compuesto por hojuelas de maíz sin dulce, kumis y fruta





Evidencia fotográfica Almuerzos



sopa de arveja, carne molida, tajadas de maduro, ensalada y jugo





Almuerzo compuesto por sopa de Frijol con lagarto, arroz, ensalada y aguacate





Trucha en salsa, arroz, ensalada de aguacate y crema de ahuyama



Entrega de alimentos a los abuelos que se atienden a domicilio





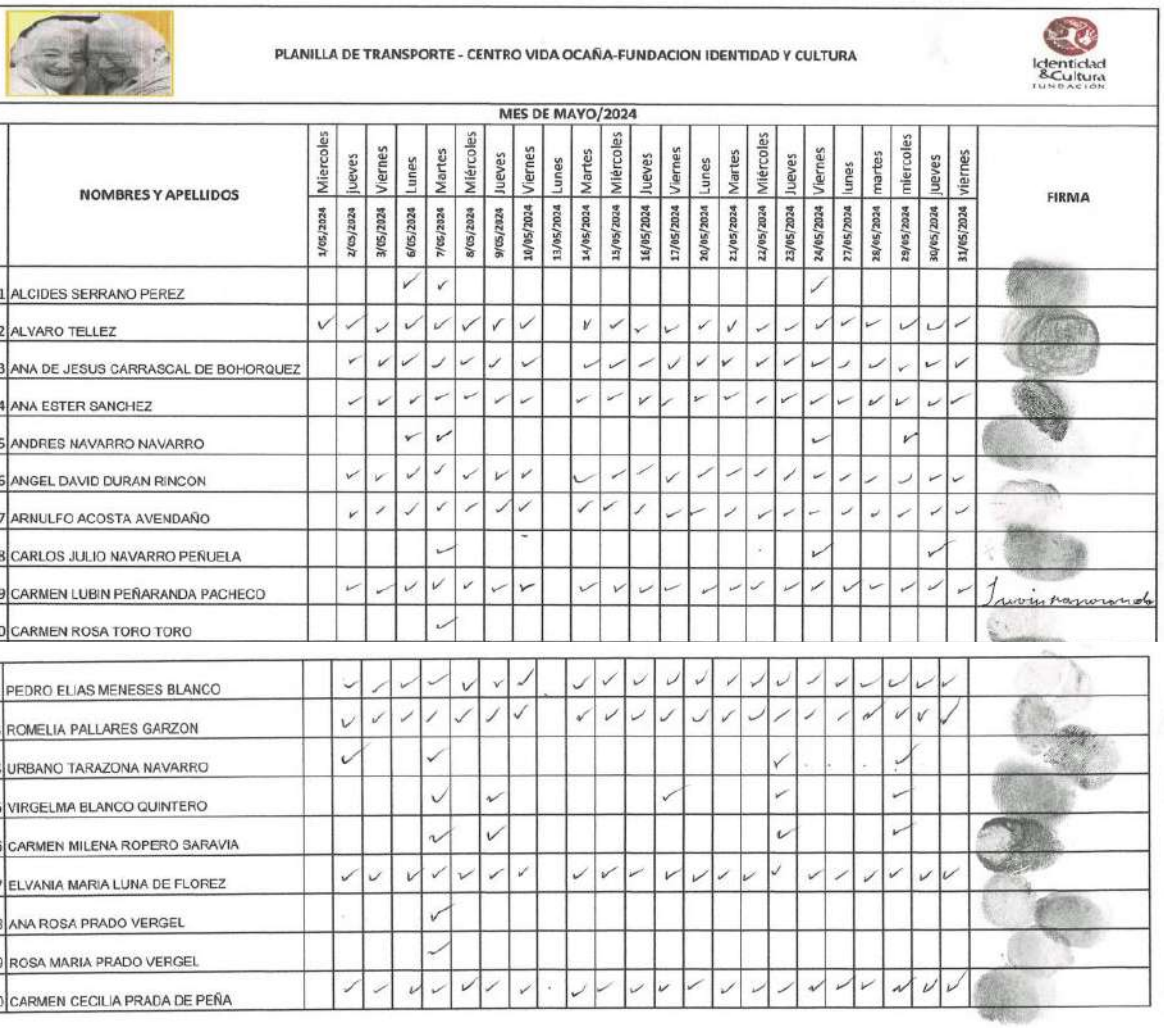


Activar Windows
Ve a Configuración para activa

- ✓ **Listado de abuelos que utilizaron el servicio de buseta**: En el mes de mayo, el 53% de los abuelos utilizaron el servicio de buseta suministrado por la fundación IC. Sin embargo, es

importante destacar que durante los días en los que se llevan a cabo actividades especiales, la afluencia de abuelos que utilizan la buseta aumenta considerablemente, superando el 53% inicial.

- ✓ Durante estas jornadas especiales, se implementa un recorrido doble para garantizar que todos los abuelos interesados en participar, puedan hacerlo cómodamente y sin contratiempos. Esta medida adicional demuestra la importancia que se le otorga a la movilidad y accesibilidad para nuestros abuelos, asegurando que disfruten plenamente de las actividades programadas.



PLANILLA DE TRANSPORTE - CENTRO VIDA OCAÑA-FUNDACION IDENTIDAD Y CULTURA

MES DE MAYO/2024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Miercoles 1/05/2024	jueves 2/05/2024	Viernes 3/05/2024	Lunes 6/05/2024	Martes 7/05/2024	Miércoles 8/05/2024	Jueves 9/05/2024	Viernes 10/05/2024	Lunes 13/05/2024	Martes 14/05/2024	Miércoles 15/05/2024	Jueves 16/05/2024	Viernes 17/05/2024	Lunes 20/05/2024	Martes 21/05/2024	Miércoles 22/05/2024	Jueves 23/05/2024	Viernes 24/05/2024	lunes 27/05/2024	martes 28/05/2024	miercoles 29/05/2024	jueves 30/05/2024	viernes 31/05/2024	FIRMA
1	ALCIDES SERRANO PEREZ				✓	✓													✓						
2	ALVARO TELLEZ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3	ANA DE JESUS CARRASCAL DE BOHORQUEZ		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4	ANA ESTER SANCHEZ		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
5	ANDRES NAVARRO NAVARRO				✓	✓													✓			✓			
6	ANGEL DAVID DURAN RINCON		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
7	ARNULFO ACOSTA AVENDAÑO		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
8	CARLOS JULIO NAVARRO PEÑUELA					✓													✓				✓		
9	CARMEN LUBIN PEÑARANDA PACHECO		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
10	CARMEN ROSA TORO TORO					✓																			
32	PEDRO ELIAS MENESES BLANCO		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
33	ROMELIA PALLARES GARZON		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
34	URBANO TARAZONA NAVARRO		✓			✓												✓				✓			
35	VIRGELMA BLANCO QUINTERO					✓		✓						✓				✓				✓			
36	CARMEN MILENA ROPERO SARAVIA					✓		✓										✓				✓			
37	ELVANIA MARIA LUNA DE FLOREZ		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
38	ANA ROSA PRADO VERGEL					✓																			
39	ROSA MARIA PRADO VERGEL					✓																			
40	CARMEN CECILIA PRADA DE PEÑA		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

INFORME DE GESTION

FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA - CENTRO VIDA OCAÑA

13	EMILIA ROSA JACOME D AVENDAÑO				✓											✓						
14	EMILIO PEÑUELA				✓											✓						
15	ESTEBAN RINCON				✓											✓						
16	HEMEL SERRANO PEREZ				✓											✓						
17	ISIDRO ANTONIO MENESES MENESES		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
18	ISMAEL ANTONIO RUEDAS PAREDES		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
19	JOSE DE DIOS GALVAN QUINTERO		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
20	JOSE DE JESUS CASELLES SANCHEZ		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
21	CARMEN MARIA ANGARITA TORRES		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
22	LEONOR LEMUS DE PEÑARANDA		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
23	LUCIA BALAGUERA DE CRISTANCHO		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
24	LUIS ALFREDO SALAZAR RANGEL				✓											✓						
25	LUIS CONTRERAS TORRES		✓		✓											✓			✓			
26	LUZ MARIA TORRES ANGARITA		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
27	MIGUEL ANGEL JACOME PACHECO		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
28	NINFA ROSA GALVAN DE MELO		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
29	OLINTA MARIA GARCIA JAIMES		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
30	OLINTO NAVARRO NAVARRO		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
31	PEDRO ANTONIO ROSAS MOLINA		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Llegada diaria a Centro vida



Transporte adicional para fechas especiales



- ✓ **Asistencia a cuidado personal.** Durante el período analizado, se brindaron servicios de corte de cabello, manicura, pedicura y otros cuidados personales a todos los abuelos de Centro vida. Esta atención personalizada fue ofrecida tanto de forma colectiva en centro vida, como individualmente en sus propios hogares, garantizando que todos los abuelos pudieran acceder a los servicios necesarios. Además de estas atenciones básicas, también se

incluyeron sesiones de masajes terapéuticos, los cuales fueron solicitados con regularidad por algunos abuelos para aliviar molestias y promover su bienestar general



FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA
CENTRO VIDA OCAÑA

MANICURA, PEDICURA, CORTE DE CABELLO, BARBA, PEINADOS

ACTIVIDAD REALIZADA:

	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
1	ALCIDES SERRANO PEREZ	
2	ALVARO TELLEZ	
3	ANA DE JESUS CARRASCAL DE BOHORQUEZ	
4	ANA ESTER SANCHEZ	
5	ANDRES NAVARRO NAVARRO	
6	ANGEL DAVID DURAN RINCON	
7	ARNULFO ACOSTA AVENDAÑO	
8	CARLOS JULIO NAVARRO PEÑUELA	
9	CARMEN LUBIN PEÑARANDA PACHECO	
10	CARMEN ROSA TORO TORO	
11	EDILIA MARIA PEREZ PEREZ	
12	EDUVIN PÉREZ BARBOSA	
13	EMILIA ROSA JACOME D AVENDAÑO	
14	EMILIO PEÑUELA	
15	ESTEBAN RINCON	
16	HEMEL SERRANO PEREZ	
17	ISIDRO ANTONIO MENESES MENESES	
18	ISMAEL ANTONIO RUEDAS PAREDES	
19	JOSE DE DIOS GALVAN QUINTERO	
20	JOSE DE JESUS CASELLES SANCHEZ	
21	CARMEN MARIA ANGARITA TORRES	



FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA
CENTRO VIDA OCAÑA

MANICURA, PEDICURA, CORTE DE CABELLO, BARBA, PEINADOS

22	LEONOR LEMUS DE PEÑARANDA	
23	LUCIA BALAGUERA DE CRISTANCHO	
24	LUIS ALFREDO SALAZAR RANGEL	
25	LUIS CONTRERAS TORRES	
26	LUZ MARIA TORRES ANGARITA	
27	MIGUEL ANGEL JACOME PACHECO	
28	NINFA ROSA GALVAN DE MELO	
29	OLINTA MARIA GARCIA JAIMES	
30	OLINTO NAVARRO NAVARRO	
31	PEDRO ANTONIO ROSAS MOLINA	Pedro ROS
32	PEDRO ELIAS MENESES BLANCO	
33	ROMELIA PALLARES GARZON	
34	URBANO TARAZONA NAVARRO	
35	VIRGELMA BLANCO QUINTERO	
36	CARMEN MILENA ROPERO SARAVIA	
37	ELVANIA MARIA LUNA DE FLOREZ	
38	ANA ROSA PRADO VERGEL	
39	ROSA MARIA PRADO VERGEL	
40	CARMEN CECILIA PRADA DE PEÑA	

Corte y tinte de cabello – arreglo de uñas





- ✓ **Asistencia a masajes de relajación**. Debido al impacto positivo que tuvieron las sesiones de masajes en el bienestar de los abuelos, se ha decidido reprogramar estas actividades para satisfacer la creciente demanda. Los abuelos expresaron su gratitud y solicitaron que se realicen los masajes con mayor frecuencia, dado que experimentaron beneficios significativos tanto a nivel físico como emocional. Es evidente que estas sesiones no solo brindan alivio físico, sino que también contribuyen a mejorar la calidad de vida y la conexión emocional de los abuelos con el programa de cuidados

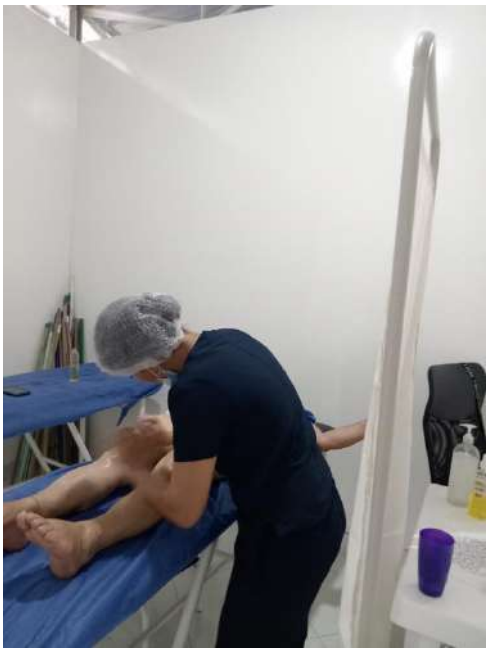


FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA
CENTRO VIDA OCAÑA

ASISTENCIA A MASAJES

ACTIVIDAD REALIZADA:

	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
1	ALCIDES SERRANO PEREZ	
2	ALVARO TELLEZ	
3	ANA DE JESUS CARRASCAL DE BOHORQUEZ	
4	ANA ESTER SANCHEZ	
5	ANDRES NAVARRO NAVARRO	
6	ANGEL DAVID DURAN RINCON	
7	ARNULFO ACOSTA AVENDAÑO	
8	CARLOS JULIO NAVARRO PEÑUELA	
9	CARMEN LUBIN PEÑARANDA PACHECO	
10	CARMEN ROSA TORO TORO	
11	EDILIA MARIA PEREZ PEREZ	
12	EDUVIN PEREZ BARBOSA	
13	EMILIA ROSA JACOME D AVENDAÑO	
14	EMILIO PEÑUELA	
15	ESTEBAN RINCON	
16	HEMEL SERRANO PEREZ	
17	ISIDRO ANTONIO MENESES MENESES	
18	ISMAEL ANTONIO RUEDAS PAREDES	
19	JOSE DE DIOS GALVAN QUINTERO	
20	JOSE DE JESUS CASELLES SANCHEZ	
21	CARMEN MARIA ANGARITA TORRES	


- ✓ **Entrega de prendas de vestir**. Se ha completado la compra de sudaderas para cada uno de los abuelos del centro de vida, tal como se había estipulado en la propuesta. Dado el costo de estas prendas, hemos tomado la decisión de dividir el pago en varios meses para asegurarnos de cumplir con este compromiso. Esto es especialmente importante





considerando que el presupuesto asignado para esta partida fue limitado. A pesar de estas limitaciones, las sudaderas han sido entregadas como se había planificado.

- ✓ **Entrega de elementos de aseo e higiene personal**. Se realiza la entrega de elementos de aseo personal correspondiente al mes de mayo, los elementos entregados fueron: 3 rollos de papel higiénico, champú de litro, jabón de baño, jabón para ropa del grande, crema dental grande, desodorante, limpiador multiusos, detergente.











FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA
CENTRO VIDA OCAÑA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE ASEO

CREMA DENTAL – SHAMPOO 425ML – JABON DE BAÑO – 4 ROLLOS PAPEL HIGIÉNICO
DESODORANTE ROLLON – PRESTOBARBA – JABON PARA LAVAR ROPA

	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
1	ALCIDES SERRANO PEREZ	
2	ALVARO TELLEZ	
3	ANA DE JESUS CARRASCAL DE BOHORQUEZ	
4	ANA ESTER SANCHEZ	
5	ANDRES NAVARRO NAVARRO	
6	ANGEL DAVID DURAN RINCON	
7	ARNULFO ACOSTA AVENDAÑO	
8	CARLOS JULIO NAVARRO PEÑUELA	
9	CARMEN LUBIN PEÑARANDA PACHECO	
10	CARMEN ROSA TORO TORO	
11	EDILIA MARIA PEREZ PEREZ	
12	EDUVIN PÉREZ BARBOSA	
13	EMILIA ROSA JACOME D AVENDAÑO	
14	EMILIO PEÑUELA	
15	ESTEBAN RINCON	
16	HEMEL SERRANO PEREZ	
17	ISIDRO ANTONIO MENESES MENESES	
18	ISMAEL ANTONIO RUEDAS PAREDES	
19	JOSE DE DIOS GALVAN QUINTERO	
20	JOSE DE JESUS CASELLES SANCHEZ	
21	CARMEN MARIA ANGARITA TORRES	



FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA
CENTRO VIDA OCAÑA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE ASEO

22	LEONOR LEMUS DE PEÑARANDA	
23	LUCIA BALAGUERA DE CRISTANCHO	
24	LUIS ALFREDO SALAZAR RANGEL	
25	LUIS CONTRERAS TORRES	
26	LUZ MARIA TORRES ANGARITA	
27	MIGUEL ANGEL JACOME PACHECO	
28	NINFA ROSA GALVAN DE MELO	
29	OLINTA MARIA GARCIA JAIMES	
30	OLINTO NAVARRO NAVARRO	
31	PEDRO ANTONIO ROSAS MOLINA	Pedro Rosas
32	PEDRO ELIAS MENESES BLANCO	
33	ROMELIA PALLARES GARZON	
34	URBANO TARAZONA NAVARRO	
35	VIRGELMA BLANCO QUINTERO	
36	CARMEN MILENA ROPERO SARAVIA	
37	ELVANIA MARIA LUNA DE FLOREZ	
38	ANA ROSA PRADO VERGEL	
39	ROSA MARIA PRADO VERGEL	
40	CARMEN CECILIA PRADA DE PEÑA	

Nombre Responsable: Mary Mejia Sanchez

- ✓ **Asistencia a fechas especiales.** Durante el mes de mayo, se llevaron a cabo varias celebraciones significativas. Entre ellas, se festejaron el Día de las Madres, los cumpleaños de los abuelos y del personal del centro de vida que cumplieron años en este mes. Durante estas celebraciones, se compartieron tortas, regalos y se realizaron rifas. Fue un mes lleno de alegría y momentos especiales para recordar.







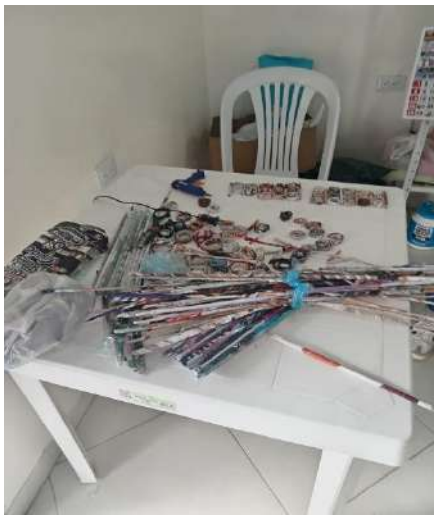


Realización de manualidades. Durante el mes de mayo, los abuelos disfrutaron de diversas actividades manuales que estimularon su creatividad y destreza. Utilizando materiales variados como revistas, lana, lentejuelas, cartón, hojas bond y otros elementos creativos, pudieron participar en entretenidas manualidades. Estas actividades no solo sirvieron como diversión, sino también como una oportunidad para promover su creatividad, habilidades manuales y coordinación motriz.

Este esfuerzo colaborativo contó con la participación de la psicóloga y otros miembros del equipo, quienes guiaron a los abuelos en la realización de las manualidades. Cada sesión fue cuidadosamente planificada y preparada para asegurar que cada material y actividad se adaptara a las necesidades individuales de los abuelos.






Lavado de ropa

Durante el mes de mayo, los abuelos trajeron una variedad de prendas para lavar, incluyendo ropa de vestir, pijamas, toallas, cobijas, zapatos y cualquier otra prenda que necesitara limpieza. En el centro de vida, se llevó a cabo esta importante actividad que resultó de gran utilidad, especialmente para aquellos abuelos que viven solos en habitaciones y no cuentan con la facilidad para realizar esta labor por sí mismos.

Esta iniciativa fue fundamental para brindar apoyo a los abuelos en sus tareas cotidianas, ya que muchos de ellos enfrentan dificultades para mantener su ropa y pertenencias limpias. Algunos abuelos trajeron sus prendas para lavar en varias ocasiones durante el mes, evidenciando la necesidad constante de este servicio.

Otros, por su parte, confiaron en el centro para realizar una única lavada que abarcara todas sus pertenencias.



FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA
CENTRO VIDA OCAÑA

LAVADO DE ROPA

	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
1	ALCIDES SERRANO PEREZ	
2	ALVARO TELLEZ	
3	ANA DE JESUS CARRASCAL DE BOHORQUEZ	
4	ANA ESTER SANCHEZ	
5	ANDRES NAVARRO NAVARRO	
6	ANGEL DAVID DURAN RINCON	
7	ARNULFO ACOSTA AVENDAÑO	
8	CARLOS JULIO NAVARRO PEÑUELA	
9	CARMEN LUBIN PEÑARANDA PACHECO	
10	CARMEN ROSA TORO TORO	
11	EDILIA MARIA PEREZ PEREZ	
12	EDUVIN PÉREZ BARBOSA	
13	EMILIA ROSA JACOME D AVENDAÑO	
14	EMILIO PEÑUELA	
15	ESTEBAN RINCON	
16	HEMEL SERRANO PEREZ	
17	ISIDRO ANTONIO MENESES MENESES	
18	ISMAEL ANTONIO RUEDAS PAREDES	
19	JOSE DE DIOS GALVAN QUINTERO	
20	JOSE DE JESUS CASELLES SANCHEZ	
21	CARMEN MARIA ANGARITA TORRES	



FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA
CENTRO VIDA OCAÑA

LAVADO DE ROPA

22	LEONOR LEMUS DE PEÑARANDA	
23	LUCIA BALAGUERA DE CRISTANCHO	
24	LUIS ALFREDO SALAZAR RANGEL	
25	LUIS CONTRERAS TORRES	
26	LUZ MARIA TORRES ANGARITA	
27	MIGUEL ANGEL JACOME PACHECO	
28	NINFA ROSA GALVAN DE MELO	
29	OLINTA MARIA GARCIA JAIMES	
30	OLINTO NAVARRO NAVARRO	
31	PEDRO ANTONIO ROSAS MOLINA	Pedro Rosa
32	PEDRO ELIAS MENESES BLANCO	
33	ROMELIA PALLARES GARZON	
34	URBANO TARAZONA NAVARRO	
35	VIRGELMA BLANCO QUINTERO	
36	CARMEN MILENA ROPERO SARAVIA	
37	ELVANIA MARIA LUNA DE FLOREZ	
38	ANA ROSA PRADO VERGEL	
39	ROSA MARIA PRADO VERGEL	
40	CARMEN CECILIA PRADA DE PEÑA	

Nombre Responsable: Nery Ortego Sanchez





Seguros Exequiales.

Durante el segundo mes de servicio de seguros exequiales para los abuelos beneficiarios del centro de vida, lamentablemente se utilizó el servicio para uno de los abuelos fallecidos, a pesar de que normalmente se requería un mínimo de tiempo de afiliación para poder acceder a los beneficios. Sin embargo, en esta ocasión se hizo una excepción considerando la difícil situación económica de los familiares del abuelo fallecido.

La mayoría de los servicios fueron prestados por el seguro y aquellos que no estaban cubiertos fueron apoyados por la comunidad y la parroquia Inmaculada, quienes contribuyeron para brindarle una sepultura digna al abuelo

"Asistimos y Homenajeamos Con Amor"

Organización Exequial Memorial
"Asistimos y Homenajeamos con Amor"

Factura Electrónica De Venta No. FEOP 58
Ver. UBL 2.1

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Moneda: COP
Total de Lineas: 1

Fecha de Validación: 05/06/2024 03:02 PM
Fecha de Generación: 05/06/2024 03:02 PM
Responsabilidad Fiscal: R-99 No responsable
Régimen Fiscal: (48) Impuesto sobre las ventas - IVA
Actividad Económica: 9603

Emisor : ORGANIZACION EXEQUIAL MEMORIAL
Razón Social: ORGANIZACION EXEQUIAL MEMORIAL DE PAZ SAS
NIT: 901590377
Teléfono: + (57) 311 5459388
Correo Electrónico: **facturacionmemorialdepaz@gmail.com**
Dirección: Calle 11 No. 17-36 Barrio El Martinete
Departamento: NORTE DE SANTANDER
Municipio: OCAÑA

Receptor : Fundación IC - Identidad y Cultura
Razón Social Fundación IC - Identidad y Cultura
NIT: 900972388
Teléfono: N/A
Correo Electrónico: identidadycultura@gmail.com
Dirección: N/A
País: Colombia
Departamento: NORTE DE SANTANDER
Municipio: OCAÑA

#	Cod	Item	Detalle	Cant	Unidad	Precio	Subtotal	IVA%	IVA	Total
1	413526	Servicios Funerarios	Servicios de Previsión Exequial	1.00	unidad	640,000.00	640,000.00	0	0.00	**640,000.00**

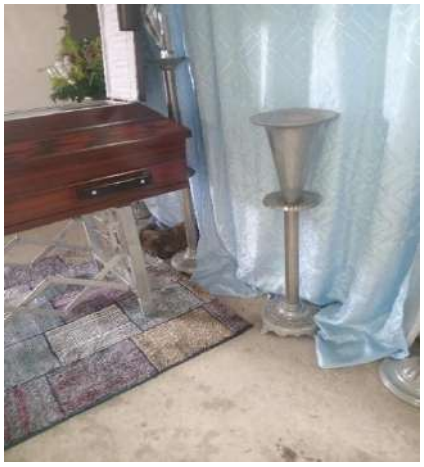
Detalles:
Son: SEISCIENTOS CUARENTA MIL PESOS
Cuota Correspondiente 04-Mayo-2024, plan de previsión exequial abuelitos de la tercera edad (40), contrato OEM-0001.
Cuentas Bancarias
Cuenta Ahorro Bancolombia 31800002455 (**Pesos**)

"Asistimos y Homenajeamos con Amor"
CUFE :
eee0df17dcf37508472366296d056e0a83c79a3a324643467a5748f0d3228d1f886ca03111d91469ea797c974d1a348f

Detalle de Venta	
Subtotal :	COP 640,000.00
Descuento :	COP 0.00
Monto Bruto :	COP 640,000.00
Monto IVA :	COP 0.00
Total Venta:	COP 640,000.00
Total a pagar :	COP 640,000.00

QEPD





Se da ingreso a la señora Elvania Luna, quien a partir del 01 de junio contara con su seguro exequial y con todos los servicios ofrecidos en centro vida.



Mantenimiento Centro vida.

En el mes de mayo se continuaron realizando adecuaciones en las instalaciones del centro de vida. En esta ocasión, se llevó a cabo la limpieza de los canales, los cuales estaban obstruidos por hojas que caían de los árboles. Esta situación provocaba filtraciones de agua en las oficinas y parte del salón múltiple cuando llovía. En una segunda instancia, fue necesario contactar nuevamente al encargado del mantenimiento, ya que el agua se estaba acumulando en el techo, generando la proliferación de zancudos, lo cual afectaba principalmente a la manipuladora de alimentos. Además, se realizó el lavado y la limpieza del tanque aéreo. Se procedió a reparar los canales que estaban rotos y se llevaron a cabo otros arreglos en el techo para evitar filtraciones futuras. Estas mejoras adicionales

MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CENTRO VIDA

Limpieza de canaletas, techo, tanque



representaron una inversión significativa para garantizar la seguridad y comodidad de todos los usuarios del centro de vida







Compra de elementos de cocina. El rubro establecido para este ítem se triplico al inicio de las actividades, por lo que para este mes se cubre parte del gasto, con el segundo abono al proveedor. En la que se realizó la compra de portas para la distribución de alimentos en las casas de los abuelos, adquiriendo 4 portas por abuelo, ya que se envían tres raciones principales y un refrigerio. Asimismo, se identifica la necesidad de adquirir canastas grandes para el transporte de las portas en moto. Todo esto se lleva a cabo teniendo en cuenta las normas ambientales y de inocuidad, con el fin de prevenir la contaminación cruzada y contribuir al cuidado del medio ambiente. Se procura evitar el uso de desechables u otros materiales que puedan ser perjudiciales tanto para los abuelos como para el entorno.

Portas que habían sido comprados para envío de alimentación



6. Atención Médica y Bienestar:

Para el mes de mayo se realiza la jornada de salud integral en centro vida, en la que los abuelos reciben atención por parte del médico general y una odontóloga, la mayor parte de los abuelos fueron atendidos, algunos no pudieron recibir la atención debido a que habían tenido citas o tenían otra programada, dentro de los tres meses cercanos a esta jornada, por tanto, el sistema no permitía que se pudiera realizar nueva facturación. A algunos de los abuelos atendidos se les mando exámenes,







remisiones a especialistas, por lo que se les sigue colaborando para que puedan seguir las indicaciones de los médicos que los atendieron

Los abuelos también participan en una jornada de vacunación contra la influenza y la COVID-19, en la que se vacuna a más del 50% de ellos. Durante esta jornada, no solo reciben las vacunas, sino que también se lleva a cabo una charla informativa para concienciarlos sobre la importancia crucial de estas vacunas en la protección de su salud y en la prevención de enfermedades graves. Se destaca la relevancia de la vacunación como una herramienta efectiva para reducir el riesgo de complicaciones derivadas de estas enfermedades, especialmente en poblaciones vulnerables como la de los abuelos. Además, se brinda información detallada sobre cómo las vacunas contribuyen a crear una barrera de protección no solo para ellos mismos, sino también para sus seres queridos y la comunidad en general.











De igual manera se continua con la atención y cuidado por parte de las profesionales que prestan sus servicios en el centro de vida. Cada una de ellas realiza intervenciones tanto con los abuelos que asisten permanentemente al centro, como con aquellos que requieren atención domiciliaria debido a su estado de salud. Dado que muchos de los abuelos presentan diversas afecciones, tanto físicas como mentales o psicológicas debido a su edad, cada profesional interviene según su especialidad. Lo importante es que reciben una atención integral, con el objetivo de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

En cuanto a la parte nutricional, después de haber realizado la jornada de salud y de que los abuelos se hayan practicado los exámenes enviados por parte del médico general, se tiene un panorama más claro sobre las patologías de cada uno y la nutricionista pudo determinar con exactitud, cuál era la alimentación más pertinente para cada abuelo dependiendo de sus necesidades. De igual manera, durante el mes de mayo se brinda capacitación a las encargadas de la manipulación de los alimentos sobre BPM.

Seguimiento de la nutricionista





Seguimiento por fisioterapia

La profesional en fisioterapia realiza actividades adaptadas al diagnóstico de cada abuelo, realiza diferentes actividades, dentro de las cuales programo una salida lúdica- cultural donde se visitó el complejo histórico de san Francisco donde conocieron las exhibiciones de los barrios antiguos de Ocaña y el museo de la gran Convención. De igual manera, realizo seguimiento a las valoraciones como control del estado físico de los beneficiarios encontrando disminución del dolor en los adultos mayores





La profesional en psicología brinda atención y ayuda a todos los abuelos, para este mes se logró realizar las intervenciones a cada adulto mayor que asiste al CENTRO VIDA, al igual que se logran las intervenciones domiciliarias al adulto mayor que no puede asistir por motivos de salud.

Contribuyó con los cambios en el bienestar emocional de una paciente que sufre de fibromialgia, a la cual se le hizo intervención individual, enfocados en manejo del dolor, calidad de vida, habilidades y estilos de vida saludable. Así mismo realiza actividades de acompañamiento y manualidades que contribuyen a la estimulación y desarrollo psicosocial de los beneficiarios del programa.

Acompañamiento psicológico







La auxiliar de enfermería se encarga de la toma de tensión, sensibiliza sobre el cuidado en el consumo de medicamentos y vela por su administración en los horarios establecidos, entre otras responsabilidades propias de su cargo. En general, el 75% de los abuelos presenta condiciones de salud delicadas propias para su edad, mientras que el 25% restante se encuentra en condiciones buenas, estadística tomada después de las valoraciones realizadas por los médicos que realizaron la jornada de salud en el mes de mayo. Para este mes, la auxiliar realiza el acompañamiento tanto en las instalaciones de centro vida como a los abuelos que se atienden en sus casas

Acompañamiento de enfermería












Durante el mes de mayo, la persona responsable de la manipulación de los alimentos en nuestro centro se adhirió rigurosamente al menú diseñado por la nutricionista. Este menú fue especialmente adaptado para satisfacer las necesidades dietéticas específicas de algunos de nuestros residentes mayores. Dado que contamos con abuelos que padecen hipertensión, diabetes, problemas renales e intestinales, fue fundamental ajustar las opciones alimenticias para garantizar su bienestar.

La diversidad de condiciones de salud presentes entre nuestros residentes requiere una atención especial en la preparación de los alimentos. Es por ello que se han tomado medidas para asegurar que cada plato sea no solo nutritivo y sabroso, sino también seguro para su consumo. La inocuidad alimentaria ha sido una prioridad constante en cada etapa del proceso culinario, desde la selección de ingredientes frescos y saludables hasta las técnicas de cocción adecuadas.



Una vez que todos los alimentos han sido empacados cuidadosamente en portas, se procede a colocarlos en las canastillas del vehículo para su entrega a nuestros abuelos que reciben el servicio a domicilio. En este proceso, el repartidor desempeña un papel fundamental. No solo se encarga de garantizar que los alimentos lleguen en óptimas condiciones y en el tiempo acordado, sino que también se asegura de mantener la inocuidad de los productos durante todo el trayecto.

Adicionalmente, el repartidor va más allá de sus responsabilidades habituales al ofrecer un servicio integral. Aprovecha la entrega para recoger la ropa sucia de los abuelos y llevarla a la lavandería,

facilitando así su día a día. Además, se convierte en un vínculo importante de comunicación al informar sobre cualquier actividad especial que se vaya a realizar en el centro de vida o fuera de sus instalaciones.

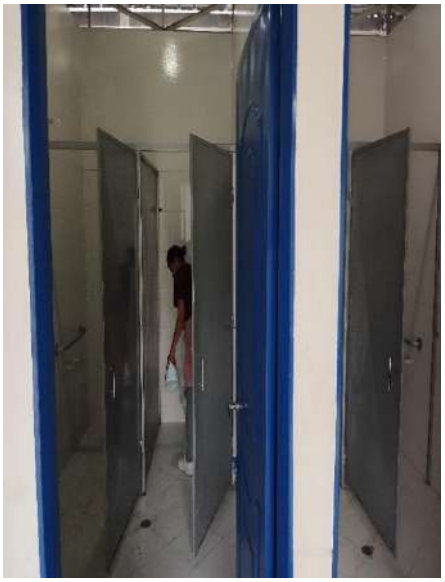




En cuanto al aseo de las instalaciones, la persona encargada se esmera por mantener todo en perfecto orden y limpieza, prestando especial atención a los baños, la cocina y demás zonas comunes.







En el centro de vida, todo el personal se preocupa por el bienestar y la salud integral de los abuelos. El compromiso y dedicación del equipo profesional y auxiliar en el centro garantizan un cuidado integral que contribuye significativamente al bienestar físico, emocional y social de los abuelos.

7. Comunicación y Colaboración

La fundación en el centro de vida fomenta una comunicación interna efectiva entre todo el personal que presta sus servicios, lo que se traduce en un ambiente laboral positivo y colaborativo. Se prioriza la participación activa del equipo, creando espacios abiertos para el intercambio de ideas y la toma de decisiones conjuntas en proyectos comunes. Esta filosofía ha sido clave para fortalecer el trabajo en equipo y promover la colaboración entre todos los miembros.

Con el objetivo de mantener esta dinámica participativa, se llevan a cabo reuniones mensuales con todo el equipo. Estas reuniones no solo sirven para fortalecer el trabajo realizado, sino también para escuchar y valorar las diversas opiniones, avances y propuestas de mejora de cada integrante.

Se busca integrar a todos los miembros del equipo en cada una de las actividades desarrolladas, fomentando así un sentido de pertenencia y compromiso con la misión de la fundación.



Reunión equipo centro vida



Participación de todo el equipo en actividades lúdicas

Paseo con los abuelos





8. Recursos Humanos

Durante el segundo mes de trabajo, nuestro equipo de profesionales ha demostrado su compromiso y dedicación en cada una de sus responsabilidades. La nutricionista ha continuado diseñando menús personalizados que satisfacen las necesidades individuales de los residentes, promoviendo su bienestar a través de una alimentación equilibrada y adaptada. La manipuladora de alimentos ha mantenido los más altos estándares de higiene y seguridad en la preparación de las comidas, garantizando la salud de todos y cumpliendo con las especificaciones de la nutricionista. La auxiliar de enfermería ha brindado atención primaria con cuidados específicos, asegurando el bienestar y la comodidad de los ancianos en todo momento.

Además, nuestra psicóloga ha seguido ofreciendo apoyo emocional integral a los adultos mayores, implementando actividades recreativas y lúdicas que promueven su participación activa y bienestar

emocional. Asimismo, ha continuado planificando eventos especiales y actividades que fomentan la interacción social y el disfrute colectivo. La fisioterapeuta ha seguido estimulando el ejercicio físico adecuado para cada residente, manteniendo su movilidad y salud física en óptimas condiciones, además de esto, ha programado actividades fuera del centro, en las que los abuelos han pasado ratos agradables y diferentes.

Por otro lado, el responsable de la distribución de alimentos, quien se encarga de llevar una alimentación balanceada a los hogares de los adultos mayores inscritos en nuestro programa Centro Vida, ha venido asegurando que todos reciban los nutrientes necesarios para su bienestar integral. Nuestra auxiliar de servicios generales ha continuado con su labor de limpieza y mantenimiento, garantizando un entorno seguro y confortable para todos.

Este segundo mes, ha sido un periodo en el que nuestro equipo ha destacado por su profesionalismo y dedicación en cada tarea realizada, contribuyendo significativamente al bienestar y calidad de vida de nuestros residentes.



9. Presupuesto y Finanzas

Se da cumplimiento al gasto del presupuesto asignado, sin embargo, algunos ítems han excedido el presupuesto, por lo que se ha recurrido a utilizar fondos del presupuesto de contingencias y seguros exequiales para cubrir algunos de estos, los otros gatos que también se han excedido como el de elementos de aseo, compra de uniformes se divide en varios meses para poder ser completado. A continuación, se detalla la relación de los gastos con su número de factura, valor y observación, en esta se detallan los ítems que han experimentado variaciones con respecto al presupuesto previsto

PRESUPUESTO EJECUTADO MES DE MAYO					
VALOR RECIBIDO POR CONCEPTO DE ESTAMPILLA:	**$ 42.000.000**	**PERIODO A EJECUTAR:**	**DEL 01 AL 31 DE MAYO DE 2024**		
DETALLE			**TOTAL EJECUTADO**	**ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR**	**VALOR FUNDACIÓN**
ALIMENTACION			**$ 35.851.360**	$ 24.886.192	$ 10.965.168
ELEMENTOS PERSONALES	ELEMENTOS DE ASEO		$ 1.836.080	$ 600.000	$ 2.436.550
	PRENDAS DE VESTIR		$ 1.200.470		
	Total		**$ 3.036.550**		
OTROS SERVICIOS	Celebracion fechas especiales		$ 648.000	$ 1.201.760	$ 5.581.780
	Materiales para Manualidades		$ 1.008.000		
	Servicio de Transporte para citas medicas u otros		$ 1.200.000		
	Lavado de Ropa		$ 1.200.000		
	Seguros Exequiales		$ 1.000.000		
	Cuidado Personal		$ 1.727.540		
	Total		**$ 6.783.540**		
GASTOS ADMINISTRATIVOS	Mejoramiento y mantenimiento centro vida		$ 607.000	$ 2.583.582	$ 135.978
	Gastos adminsitrativos y papeleria		$ 142.100		
	Impuestos, gastos bancarios		$ 500.000		
	publicidad		$ 225.000		
	logistica para actividades varias		$ 100.000		
	Transporte visitas domiciliarias		$ 200.000		
	Imprevistos y contingencias		$ 650.000		
	Elementos de cocina, menaje y demas		$ 295.460		
	Total		**$ 2.719.560**		
HONORARIOS			**$ 14.280.000**	$ 12.728.466	$ 1.551.534
		TOTAL EJECUTADO	**$ 62.671.010**	$ 42.000.000	$ 20.671.010

10. Proyectos y Mejoras

Debido a la falta de respuesta por parte de la alcaldía municipal tras el envío de la solicitud de apoyo para mejorar las instalaciones del centro de vida, se hace evidente la necesidad de realizar las adecuaciones pertinentes para subsanar las deficiencias existentes. Dicho proyecto se pospone para los meses siguientes. En cuanto a los utensilios de cocina y menaje, se seguirá utilizando el equipamiento inicialmente adquirido debido a la insuficiencia presupuestaria. Se tiene prevista la compra de nuevos utensilios el próximo mes.

Por otro lado, se mantiene en marcha el plan de adquirir sillas especiales para garantizar el confort de nuestros abuelos, quienes en ciertos momentos requieren descansar adecuadamente. Las sillas actuales no proporcionan el soporte necesario, por lo que se han enviado solicitudes a particulares y estamos a la espera de sus respuestas.

11. Novedades

En el mes de mayo, se presentó una novedad en cuanto a los beneficiarios del programa. Lamentablemente, uno de nuestros abuelos, José Domingo Peñuela, falleció a mediados de mes. Debido a esta situación, en el mes siguiente se incluyó como beneficiaria **en el seguro exequial,** a la señora Elvania Luna. Los servicios restantes empezaron a ser recibidos por la nueva beneficiaria a partir del 17 de mayo. Es importante destacar que la señora Elvania Luna era una de las personas en lista de espera para ser parte del programa

12. Conclusiones y Planes de Acción

Durante el segundo mes de actividades, hemos continuado nuestro compromiso con la atención integral de los abuelos participantes en el programa de Centro Vida Ocaña. El esfuerzo notable del

equipo de profesionales altamente capacitados ha sido clave para seguir mejorando la calidad de vida de nuestros queridos abuelos.

En este segundo mes, nos hemos enfocado en mantener y fortalecer las acciones realizadas durante el primer mes. Hemos seguido atendiendo las necesidades específicas de nuestra población objetivo, garantizando la presencia y asistencia de profesionales como fisioterapeutas, psicólogos, enfermeras y nutricionistas. Asimismo, hemos continuado con la correcta preparación y distribución de alimentos, asegurando que cada abuelo reciba una alimentación adecuada y oportuna.

Además de las actividades habituales, hemos implementado nuevas estrategias para enriquecer la experiencia de nuestros participantes. Se han llevado a cabo más talleres y actividades recreativas que promueven la integración social, el fortalecimiento emocional y el desarrollo cognitivo. El seguimiento personalizado a cada beneficiario se ha mantenido para adaptar nuestros servicios a sus necesidades específicas y garantizar una atención verdaderamente integral.

En términos de ejecución financiera, hemos continuado con un estricto control y seguimiento del presupuesto asignado. Esto nos ha permitido distribuir correctamente los recursos para cubrir todas las áreas de atención y servicios especializados, maximizando así el impacto positivo de nuestras acciones.

Para el próximo mes, nos enfocaremos en buscar nuevas formas creativas de financiamiento para poder ampliar nuestra oferta de servicios y mejorar aún más la calidad de vida de nuestros abuelos participantes.

Anexos

INFORME DE ACTIVIDADES PSICOLOGIA

mayo 2024



FUNDACION IDENTIDAD Y CULTURA - CENTRO VIDA OCAÑA

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
		Festivo	Estudio de valoraciones, con el fin de definir intervención psicologica, según las necesidades del adulto mayor que asiste al centro vida y el adulto mayor de visitas domiciliarias.	Intervención psicologica individual con paciente que padece fibrimialgia. Romelia Pallarez Garzón.		
6	7	8	9	10	11	12
Intervención al adulto mayor que asiste al CENTRO VIDA: Ana de Jesús Carrascal, Leonor Lemus, Alvaro Tellez, Carmen Lubin Peñaranda.	ACOMPAÑAMIENTO DE JORNADA DE VACUNACIÓN AL GRUPO DE ADULTO MAYOR DEL CENTRO VIDA	REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD MOTRIZ (ARMAR ROMPECABEZAS) Intervención a: Arnulfo Avendaño Acosta, Carmen Milena Ropero, Romelia Pallarez Garzón.	Visitas domiciliarias Andres Navarro Peñuela, Carlos Julio Peñuela, Emilio Peñuela, Alcides Serrano Perez, Hemel Serrano Perez, Jose de Dios Galván Quintero.	TERAPIA GRUPAL (LA TELARAÑA)CON ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO VIDA. Intervencion psicologica: Eduvin perez Barbosa, Isidro Antonio Meneses Meneses y Jose de Jesus Caselles Sánchez.		
13	14	15	16	17	18	19
Realización de actividad manual con el grupo de adultos mayores que asisten al centro vida.	Taller de costrucción creativa (armatodo) Intervenció: Ana Ester Sanchez, Luz Maria Torrez Angarita, Pedro Antonio Rosas Molina.	Intervencion psicologica: Olinta Maria Garcia Jaimes, Urbano Tarazona Navarro, MaryDuarte de Sanchez.	Acompañamiento psicológico a familiares por perdida al adulto mayor que pertenece al centro vida. (Jose Domingo Peñuela)	Acompañamiento al grupo de adultos del centro vida. Jornada de salus; Medicina General, Edontologia y enfermeria.		
20	21	22	23	24	25	26
Visita domiciliaria: Carmen Rosa ,Carmen Cecilia y Rosa Maria Prado Vergel	Actividad grupal de diversión (Tiro al Aro recreativo) Intervención a: Virgelma Blanco Quintero, Elvania Maria Luna.	Actividad de concentracion y menoria (juego de parejas) con el grupo que asiste al centro vida. Intervención a:Ninfa Rosa Galvan de Melo y Olinto Navarro Navarro.	Actividad de recreación : Salida con el grupo de adulto mayor del centro vida al Complejo Historico de La ciudad.	Acompañamiento al comedor. Intervención: Emilia Rosa Jacome de Avendaño, Lucia Balaguera de Cristancho.		
27	28	29	30	31		
Actividad de concentración y memoria (Armar el Cubo, Según los colores) Interención: Luis Contreras Torrez, Miguel Angel Jacome Pacheco.	Continuidad de la actividad manual Propuesta para el grupo de adultos que asisten al CENTRO VIDA. Intervención: Angel David Durán Rincón, Ismael Antonio Ruedas Paredes, Pedro Elias Rosas Molina.	Salida de día recreativo, con el adulto mayor que asiste al CENTRO VIDA y el grupo de trabajo .	Visitas domiciliarias: Carmen Rosa Toro Toro, Edilia Maria Perez Perez, Esteban Rincón, Luis Alfredo Salazar Rangel.	Actividad de juego de Memoria y concentración, (juego de parejas), con el adulto mayor que asiste al CENTRO VIDA.		

Nombre: Sandra Maricela Ibáñez Peñaranda
Cargo: Psicóloga

Calendario mensual de proyecto, en el que se evidencie la realización diaria y detallada de las actividades de cada integrante



PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 002

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Contratista	SANDRA MARICELA IBAÑEZ PEÑARANDA
Cedula de Ciudadanía	37330458
Número del Contrato	001 de 2024
Objeto del contrato:	Prestar por sus propios medios y con plena autonomía técnica y presupuestal, dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato.
Período de este informe:	Del 01 de mayo al 30 de mayo del año 2024

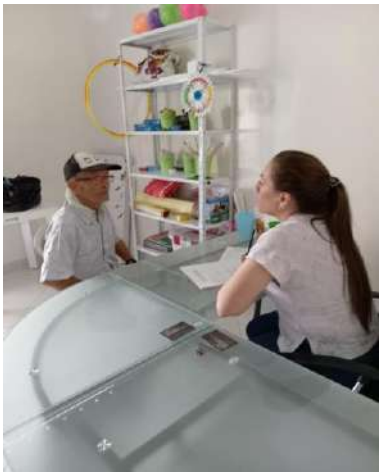
2. INFORME DETALLADO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
Cumplir con las 40 valoraciones iniciales al mes.	Se logro realizar las valoraciones a cada adulto mayor que asiste diariamente al CENTRO VIDA, al igual que se logró las visitas domiciliarias al adulto mayor que le es difícil asistir, por motivos de salud. En cada valoración se logró obtener información sobre sus datos generales, datos familiares, antecedentes clínicos y psicológicos; lo cual permite proporcionar una comprensión más profunda de su historia de vida, experiencias, desafíos actuales, aspectos emocionales y cognitivos para evaluar su estado emocional, cognitivo y funcional. Esto incluye la detección de posibles trastornos mentales, como la depresión o la ansiedad, así como la evaluación de su capacidad cognitiva, memoria y habilidades de funcionamiento diario. También puede identificar recursos personales y sociales que puedan ayudar en su bienestar general y en la planificación de su atención a largo plazo, que permita ofrecer un tratamiento más personalizado y efectivo, así como a identificar posibles problemas de salud mental o cognitiva que requieran atención especializada.



OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS











OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
Continuar con el seguimiento y control de estas valoraciones.	Se logró realizar las intervenciones a cada adulto mayor que asiste al CENTRO VIDA, al igual que se logran las intervenciones domiciliarias al adulto mayor que no puede asistir por motivos de salud. Se logró cambios en el bienestar emocional de paciente que sufre de fibromialgia, a la cual se le hizo intervención individual, enfocados en manejo del dolor, calidad de vida, habilidades y estilos de vida saludable.   Se logró un bienestar general en el grupo de adultos que asiste al CENTRO VIDA, con el cual se realizaron diferentes actividades de interacción e inclusión. (Terapia grupal) Se hace necesario ajustar el plan de intervención de manera individual, para lograr los objetivos propuestos en cada prueba realizada, debido a la condición de algunos de los adultos mayores, esto con el fin de poder obtener resultados esperados, bajo la condición actual de cada adulto mayor. Continuar con el plan de intervención, para evaluar cambios en su estado emocional, cognitivo y funcional.   



OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
Realizar evaluaciones psicológicas periódicas a los abuelitos para identificar posibles necesidades emocionales o cognitivas, y diseñar estrategias de intervención adecuadas.	Se logró realizar una prueba psicológica que permite identificar la atención y estimulación cognitiva en el adulto mayor. Se logró realizar actividades de memoria y concentración, juegos que permiten una adaptación grupal y destrezas. (rompecabezas, arma todo, actividades manuales, coloreado, cubos) Se logro una jornada de salud con otros profesionales, como médicos, trabajadores sociales, enfermería y odontología, en donde se brindó valoración inicial para posible tratamiento dependiendo de la necesidad de cada adulto mayor, con el fin de brindar un enfoque integral de atención. Establecer medidas de prevención y estrategias de afrontamiento para ayudar al adulto mayor a mantener su bienestar a largo plazo. Realizar intervención por medio de cuestionarios estandarizados diseñados para detectar síntomas de depresión, ansiedad, estrés u otros trastornos mentales. Realizar el Test de los colores de Lusher, con el fin de evaluar el estado emocional y psicológico del adulto mayor.     



OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
Brindar apoyo emocional y psicológico a los abuelitos, fomentando un ambiente de escucha compasiva y contención emocional.	Se logró mejorar el bienestar emocional, brindando un espacio seguro y de apoyo donde el adulto mayor, por medio de una actividad que promueve el bienestar físico, emocional y social, en el adulto mayor; y pueda expresar sus sentimientos, preocupaciones y miedos, que ayude a reducir la ansiedad, la depresión y el estrés emocional, consiguiendo manejar la autoestima y el autocuidado personal.   
Colaborar con el equipo multidisciplinario del CENTRO VIDA para desarrollar programas de estimulación cognitiva, actividades recreativas y terapias grupales que promuevan el bienestar emocional de los abuelitos.	Se logro interacción social y grupal, con el grupo de adulto mayor, en donde se realizaron actividades lúdico recreativas, logrando promover la interacción social, lo que reduce el aislamiento y la soledad, fomentando un sentido de comunidad y pertenencia. Además, pueden estimular la mente, mantener la cognición activa y mejorar el estado de ánimo al proporcionar un ambiente divertido y relajante.  



OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
	Segunda actividad: Se logro una salida al complejo histórico con el grupo de adulto mayor, como espacio de conocimiento y recreación.  Se logró un paseo con el grupo de adulto mayor que asiste al CENTRO VIDA, actividad realizada por el equipo de trabajo, en donde se obtuvo resultados positivos en la integración del grupo, 
Ofrecer orientación y apoyo a las familias de los abuelitos, proporcionando herramientas para comprender y	Se logro terapia familiar con algunos familiares que residen en las casas del adulto mayor, para involucrar a familiares en la importancia que tiene el apoyo familiar el proceso de acompañamiento para mejorar y fortalecer el apoyo emocional y social. Acompañamiento Psicológico integral con los familiares de un adulto mayor que falleció y pertenecía al grupo de CENTRO VIDA,



OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
manejar los cambios emocionales asociados al envejecimiento.	
Participar en la planificación y ejecución de estrategias para prevenir y abordar situaciones de conflicto o malestar emocional entre los abuelitos.	Se realiza una terapia grupal, en la cual se manifestaron emociones y se plantearon solución de conflictos, manteniendo siempre la información a la importancia de la empatía hacia el otro compañero. Terapia cognitivo-conductual (TCC): Ayuda a identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos o distorsionados, así como comportamientos poco saludables, para mejorar el estado de ánimo y reducir la ansiedad. 
Asistir al CENTRO VIDA los viernes de 07:00 am a 02:00 pm, para desarrollar actividades propias de su cargo con los	Se logró asistir los días que están estipulados en el contrato, con el fin de realizar actividades con el adulto mayor.



OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
abuelos presentes.	
Asistir a las reuniones programadas por la coordinación del proyecto.	Se participa activamente de las reuniones programadas por la coordinación del proyecto. Durante el mes de mayo se participó en la reunión en la que se debaten temas en cuanto al pago de honorarios, programación de actividades lúdicas, salidas con los abuelos y temas concernientes a la parte administrativa como horarios y demás.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL SUPERVISOR

Firma Contratista
Nombre: SANDRA MARICELA IBAÑEZ P.
C.C No. 37330458
Psicóloga

Firma Supervisor
Nombre: NERY CARREÑO SÁNCHEZ
C.C No 37.331.842 DE OCAÑA

SEMANA 1 (2 y 3 MAYO-2024)

Estudio valoraciones e intervención con paciente



SEMANA 2 (6-10 MAYO-2024)

INTERVENCIONES, ACOMPAÑAMIENTO JORNADA DE VACUNACIÓN, VISITAS DOMICILIARIAS y











ACTIVIDAD MOTRIZ (Armar Rompecabezas)





Terapia Grupal (La telaraña)







SEMANA 3 (13-17 MAYO 2024)

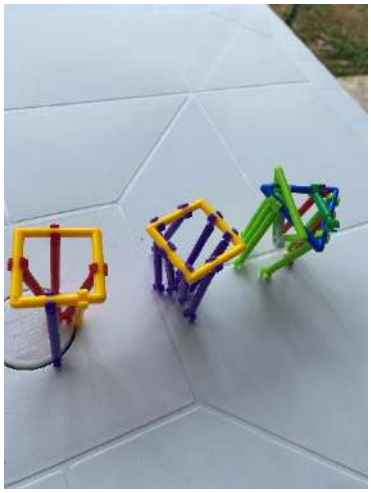
Inicio actividad Manual (canasta)





Taller de Construcción (Arma todo)





Acompañamiento psicológico familia adulto mayor fallecido.



JORNADA DE SALUD EN CENTRO VIDA







SEMANA 4 (20-24 MAYO-2024)

Visitas domiciliarias.





Actividad de Tiro al Aro





SALIDA LUDICO-CULTURAL AL COMPLEJO HISTORICO DE SAN FRANCISCO: MUSEO DE LA GRAN CONVENCION DE OCAÑA







Actividad de concentración y memoria (Juego de Parejas)



Acompañamiento e intervención





SEMANA 5 (27-31 MAYO-2024)

Actividad de concentración y memoria (Armar cubos de colores)





Salida día recreativo





Visitas domiciliarias









Juegos de atención y memoria





PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
PROGRAMACIÓN MENSUAL DE ACTIVIDADES - FUNDACION IDENTIDAD Y CULTURA



CONVENIO: CENTRO VIDA OCAÑA MUNICIPIO: OCAÑA PERIODO PROGRAMACIÓN: JUNIO 2024

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	FECHA	LUGAR	PARTICIPANTES	RESULTADOS ESPERADOS
Continuar formato de intervenciones psicologicas con el adulto mayor que asiste al centro vida. Continuar con trabajo manual que se realiza con el adulto mayor. Diseñar una tarjeta alusiva al día de la familia.	4 al 7	Centro vida.	Grupo de adultos que asisten al CENTRO VIDA	Se espera evaluar diversas áreas cognitivas y funcionales para comprender mejor su salud mental y su capacidad para realizar actividades diarias. Con la elaboración de trabajos manuales se ayuda a mantener y mejorar las funciones cognitivas, como la memoria y la concentración y la capacidad de resolución de problemas. Al igual que se reduce el nivel de estres y ansiedad, mejorar el estado de animo. La creación de un trabajo manual es gratificante y ayuda a aumentar la autoestima.
Realizar actividades de seguimiento e intervención al adulto mayor que asiste al Centro Vida. - Brindar apoyo emocional, terapia de grupo (Lectura en vos alta),(Cuenta cuentos y narración) Historias de vida. Actividades concentración y memoria (recordar los objetos de la bandeja), (vasos y pelotas del mismo color), Continuar visitas domiciliarias, con el fin de brindar apoyo integral al adulto mayor que se encuentra en abandono.	11 AL 14	ASOVIGIRON,PARTE ALTA Y ASOVIGIRON PARTE BAJA,. CENTRO VIDA.	Jose Domingo Peñuela Carlos Julio Navarro Emilio Peñuela Andres Navarro Grupo de adultos que asisten al CENTRO VIDA	Las actividades realizadas son juegos excelentes para amantener la mente activa. Se espera identificar sus necesidades y riesgos, y proporcionar el apoyo necesario para mejorar su calidad de vida. Estas visitas no solo ofrecen un valioso apoyo emocional al combatir la soledad y el aislamiento social, sino que también permiten identificar y abordar problemas de salud y seguridad en el hogar de manera proactiva.
Realizar actividades como: juegos de asociación, juegos de emparejamiento. Por medio de juegos de relajación (colores tranquilos y arte relajante,). Realizar ejercicios de coordinación (Brain Yoga) Continuar visitas domiciliarias, con el fin de brindar apoyo integral al adulto mayor.	17 AL 21	GALAN, Asovigiron. CENTRO VIDA	Carmen Rosa Toro, Luis Alfredo Salazar Grupo de adultos que asisten al CENTRO VIDA	Se espera que el adulto mayor sienta el apoyo emocional y social, necesario para sobrellevar las dificultades que atravieza en su vida cotidiana. Se espera una estimulación cognitiva, que permita mantener activo el cerebro.

Ejercicios de coordinación (Dibujo del reloj), Ejercicios de flexión y extencion de manos y dedos. Ejercicios de palmas alternadas. Continuar visitas domiciliarias, con el fin de brindar apoyo integral al adulto mayor.	24 al 28	COLINAS DE LA PROVINCIA,ALTOS DEL NORTE CENTRO VIDA	Edilia Maria Perez Hemel Serrano Grupo de adultos que asisten al CENTRO VIDA	Los ejercicios de cordinación nos ayudan a evaluar no solo la cordinación y el equilibrio sino que tambien ayudan a obtener información sobre su salud neuromuscular y cognitiva del adulto mayor. Se espera que el adulto mayor sienta el apoyo emocional y social, necesario para sobrellevar las dificultades que atravieza en su vida cotidiana.

NOMBRE: SANDRA MARICELA IBAÑEZ PEÑARANDA	
	
FIRMA	



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Alcides Serrano Perez **Fecha intervención:** 9 Mayo 2024
Edad: 66 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 24 Jul. 1958 **Dirección:** Galan

Estado Emocional

	S	CS	N
1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?	S		
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?			N
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

	S		N
1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	S		
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?			N
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

			N
1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

		CS		N
1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS		
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS		
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?				N

Autoestima y Autopercepción

			N
1. ¿~~Cómo~~ se siente acerca de usted mismo/a en este momento?			N
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?			N

Afrontamiento y Recursos

			N
1. ¿ ~~estrategias~~ utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

	S		
1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente con estado emocional significativo, se siente solo, y sin las ayudas necesarias. se hace acompañamiento domiciliario.

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Alvaro Telles **Fecha intervención:** 6 Mayo.
Edad: 86 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 18 ene. 1938 **Dirección:** los Cristales

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?	S		
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?	S		
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?			N
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?	S		

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	S		
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?		CS	

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?			N
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?	S		
2. ¿Se siente aislado de los demás?	S		
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Cómo se siente acerca de usted mismo/a en este momento?			N
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?			N
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?			N

Afrontamiento y Recursos

1. ¿ ué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente que se siente triste y sólo, es negativo con baja autoestima.

- Intervenir apoyo individual.
- actividades con propósito
- Terapia individual intensiva
- Motivacion

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Ana de Jesús Carrascal. **Fecha intervención:** 6 mayo 2024
Edad: 77 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 11 sep 1947 **Dirección:** Galan

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?			N
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?		CS	
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?			N
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?		CS	

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?			N
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Cómo se siente acerca de usted mismo/a en este momento?	S		
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	S		
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?	S		

Afrontamiento y Recursos

1. ¿ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?	S		
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?		CS	

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?		CS	
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?		CS	
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?		CS	

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: No se observa sintomas de depresión ni ansiedad, tiene buena integracion social, y autoestima saludable

- Continuar seguimiento
- Motivar a realizar actividades grupales.
- continuar con intervension de memoria y concentracion

Profesional responsable
Psicologa.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Ana de Ester Sanchez **Fecha intervención:** 14 mayo -
Edad: 66 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 14 may 1958 **Dirección:** Colinas

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?			N
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?			N
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?	S		
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?			N

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?		CS	
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?		CS	

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?	S		
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?			N
2. ¿Se siente aislado de los demás?			N
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Cómo se siente acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Manejo buena interacción social, mantiene apoyo familiar, no se observa emociones negativas.

- Continuar intervención en otros aspectos como la memoria y concentración

Profesional responsable
Psicologa.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Andres Navarro Navarro **Fecha intervención:** 9 Mayo / 2024
Edad: 76 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 19 Mar / 1948 **Dirección:** Altos del N.

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?	S		
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?	S		
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?			N
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?	S		

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	S		
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?			N
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?			N
2. ¿Se siente aislado de los demás?		S	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?		S	

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?			N
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?			N

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?		CS	
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente en vulnerabilidad, y falta de apoyo, vive con sus hermanos y se siente sólo.

- Continuar visitar para realizar acompañamiento Psicologico e integral

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad & Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Angel David Durán Rincón **Fecha intervención:** 28 Mayo 2024
Edad: 80 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 5 Nov. 1944 **Dirección:** _____

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?		CS	
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?		CS	
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?			N
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Se observa un estado emocional neutro, mantiene expectativas y bajo relaciones sociales, no cuenta con recursos.

- Evaluar la parte cognitiva
- Hacer terapia de autoestima
- Integrar a Terapia Grupal

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Arnulfo Acosta Avendano **Fecha intervención:** 8 Mayo /24
Edad: 77 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 5 Agos 1947 **Dirección:** Los Cristales

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?	S		
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?		CS	
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?	S		
2. ¿Se siente aislado de los demás?	S		
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?	S		
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	S		
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Indica soledad y bajo estado de animo refiere perdida del sueño, y por tanto se le dificulta concentrarse.

- Requiere sesiones de terapia grupal.
- Realizar ejercicios de memoria y concentración
- Terapia de sueño.
- Seguimiento perdida de memori

Profesional responsable
Psicologa.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Ana Rosa Prado. Vergel **Fecha intervención:** 2024/20 mayo
Edad: 78 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 15 may /1946 **Dirección:** Asovigirón.

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?	CS
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?	CS
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?	/ / /
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?	/ / /

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	CS
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	CS
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?	- - -
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?	S
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?	S
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?	- - -

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?	N
2. ¿Se siente aislado de los demás?	- - -
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S - -

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?	- - -
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	- - -
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?	- - -

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?	- - -
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?	- - -
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?	- - -

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	- - -
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	- - -
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	- - -

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Se obtiene información de su hermana quien es la que la cuida.

- Realizar intervensión personalizada
- Continuar con visitas domiciliarias

Profesional responsable
Psicóloga

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Carmen Cecilia Prado V. **Fecha intervención:** 20 may / 2024
Edad: 64 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 15 jun / 1960 **Dirección:** Asovigiron

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?		CS	
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?		CS	
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?	S		
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?			N
2. ¿Se siente aislado de los demás?			N
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?	S		
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	S		
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?			

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente aparente en buen estado emocional y salud mental, ella cuida de sus dos hermanas con discapacidades.

- Realizar intervención personalizadas para conocer sus necesidades mas inmediatas

Profesional responsable
Psicologa

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Carlos Julio Navarro Penuela **Fecha intervención:** 9 mayo /24
Edad: 72 **Sexo:** M. **Fecha de Nacimiento:** 24 ene 1952 **Dirección:** Altos del Norte

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?	CS		
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?	CS		
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?	CS		
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?	CS		

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	S		
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?			N
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?			N
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			M
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Adulto en vulnerabilidad que siente soledad y ansiedad, con alteración en el el sueño y poca socio bilidad.

- Realizar actividades e intervención domiciliaria individual.

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Carmen Lubin Penaranda **Fecha intervención:** 6 Mayo /24
Edad: _____ **Sexo:** ____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Dirección:** _____

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?			N
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?			N
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?			N

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	S		
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?		CS	

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?			N
2. ¿Se siente aislado de los demás?			N
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?		CS	
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?		CS	

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S	C	
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Manifiesta no sentir soledad, más sin embargo se observa una carga extra para su salud mental.

- Intervencion en memoria y concentracion
- Terapia Grupal.
- Realizar intervencion individual
- Comunicar inquietudes con sus familiares.

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Carmen Milena Ropero. **Fecha intervención:** 8 Mayo /24
Edad: 71 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 10 Nov /1953 **Dirección:** La Gloria

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?			N
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?			N

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?			N
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?		CS	
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?		CS	

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?	S		
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	S		
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?	S		

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	X		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Estado emocional estable, se observa una leve soledad, y auto estima dentro de lo normal.

- Realizar actividades de concentración y memoria
- Realizar terapia de grupo.

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad & Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Carmen Rosa Toro. **Fecha intervención:** 30 mayo /24.
Edad: 89 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 23/03/1935 **Dirección:** Asovigiron.

Estado Emocional

	S	CS	N
1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?	S		
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

	S		
1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	S		
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

			N
1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

		CS	
1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?		CS	

Autoestima y Autopercepción

			N
1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?			N
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?			N
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?			N

Afrontamiento y Recursos

			N
1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

	S		
1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Se observa soledad y falta de atención integral, sin recursos adecuados.

. Continuar visitas domiciliarias para realizar acompañamiento Psicológico integral.

Profesional responsable
Psicólogo.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Edilsa María Perez **Fecha intervención:** 30 may /24
Edad: 68 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 25 Oct /1956 **Dirección:** _____

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?			N
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?	S		

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?			N
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?			N
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?			N

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Que~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Se observa una Soledad y baja autoestima, baja salud mental por problemas de sueño.

- Brindar apoyo y acompañamiento psicologico e integral
- Continuar visitas domic.
- Actividades individuales.

Profesional responsable
Psicóloga

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Elvania luna **Fecha intervención:** 21 mayo /24
Edad: 81 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 2 Dic /1942 **Dirección:** los cristales

Estado Emocional

	S	CS	N
1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?			N
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

	S	CS	
1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?		CS	
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?		CS	
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

		CS	
1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

	S	CS	
1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

	S	CS	
1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?	S		
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	S		
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

		CS	N
1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?		CS	
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

	S		
1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente estable en sus emociones, continuar valoracion en salud mental.

- fortalecer expectativas y afrontamientos.
- Continuar intervención en memoria y concentracion.

Profesional responsable
Psicólogo

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Eduvin Pérez Barbosa **Fecha intervención:** 10 may /24
Edad: 65 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 5 may 1959 **Dirección:** —

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?			N
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?			N
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?		CS	
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?			N
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?		CS	

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?	S		
2. ¿Se siente aislado de los demás?	S		
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: No muestra signos de soledad, es poco sociable y autoestima normal.

- Realizar act. concentración y memoria.
- Actividad de Terapia Grupal.

Profesional responsable
Psicóloga

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Emilia Rosa Jácome A. **Fecha intervención:** ~~30~~ mayo/24
Edad: 81 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 23/03/1943 **Dirección:** Galan

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?			N
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?			N
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?		CS	
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?			N
2. ¿Se siente aislado de los demás?			N
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?	S		
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	S		
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?	S		

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Su estado emocional estable, su salud esta afectada por el sueño, no se observa soledad.

- Realizar intervencion Psicologica individual.
- Continuar visitas domiciliarias

Profesional responsable
Psicólogo

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Emilio Peñuelo **Fecha intervención:** 9 mayo /24
Edad: 66 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 12 Feb /1958 **Dirección:** A los del norte

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?	S		
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?	S		
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?		CS	
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	.		N
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?		CS	
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		.	N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?		CS	

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		.	N

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?		CS	
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Adulto en estado de vulnerabilidad, se siente solo y baja autoestima

- Continuar visitas domiciliarias
- Apoyo y acompañamiento Psicológico integral.

Profesional responsable
Psicologa

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad & Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Esteban Rincón **Fecha intervención:** 30 mayo /24.
Edad: 89 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 26 feb /1935 **Dirección:** Galan.

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?			N
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?		CS	

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		-	-
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		-	-
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		-	-

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?		CS	
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?		CS.	

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	-		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	-		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente que no puede expresar bien sus sentimientos y emociones, se obtiene información por ayuda de familiares y cuidadores.

- Continuar con acompañamiento Psicologico domiciliario.

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Hemel Serrano Perez **Fecha intervención:** 9 may 2024
Edad: 73 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 15/Jun/1951 **Dirección:** Galan.

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?			N.
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			S
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?			S
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?			S
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?			S

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?		CS	

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?			N
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?			N
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?			N

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Que estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?		CS	
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente que demuestra signos de soledad, abandono y baja autoestima, con su salud mental afectada.

- Continuar con visita domiciliaria enfocada en acompañamiento para prevenir depresion y cuidar su salud mental.

Profesional responsable
Psicóloga

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Isidro Antonio Meneses. **Fecha intervención:** 10 may. 2024
Edad: 77 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 6 Dic / 1947 **Dirección:** los cristales

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?			N
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			S
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?			S
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?			S
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?			S

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?			
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?			S
2. ¿Se siente aislado de los demás?			S
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?			S

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?			S
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?		CS	
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?		CS	
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?			S

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente con soledad, poco sociable, con signos de alarma en su salud mental.

- Continuar con intervenciones su salud mental, enfocando su memoria y concentración y mejorar el sueño.
- Apoyo individual.

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Ismael Antonio Ruedas P. **Fecha intervención:** 28 Mayo /24
Edad: 80 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 18/05/1944 **Dirección:** Soucés

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?	CS		
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?	CS		
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		N	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?	CS		

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	CS		
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?			S
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?			S
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	CS		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?	CS		
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		N	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		N	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?		N	

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?	CS		
2. ¿Se siente aislado de los demás?	CS		
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?			S

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?	CS		
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	CS		
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		N	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Presento soledad y falta de atención, apoyo y baja autoestima, baja conexion social

- Apoyo en salud mental
- Seguimiento en intervencion de afrontamiento para informar y conectar con recursos.

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Jose de Dios Galvan . Q. **Fecha intervención:** 9 mayo. 2024
Edad: 61 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 19/03/2024 **Dirección:** Asovigirón

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?	CS		
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?	CS		
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?	CS		
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?	CS		

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	CS		
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?			S
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?			S
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?			S

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?	CS		
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?	CS		
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?			
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?	CS		
2. ¿Se siente aislado de los demás?	CS		
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?			S

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?	CS		
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	CS		
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?	CS		

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente con problemas de salud (cancer), en donde se observa soledad y alteración en la salud mental

- Continuar con intervenciones enfocadas en su salud mental, ejercicios de memoria y atención.

Profesional responsable
Psicóloga

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: José de Jesús Caselles Sanchez **Fecha intervención:** 10 may 2024
Edad: 78 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 19 Jun 1946 **Dirección:** Colinas

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?		CS	
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?			S
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?			S
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?			S

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?			N
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?			S

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?			N

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente aparentemente estable emocionalmente, tener en cuenta sus cambios en el sueño y su fatiga.

- Apoyo psicologico en la manera de afrontar sus sentimientos de abandono.
- Sus relaciones sociales son bajas.

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Leonor Lemus de Peñaranda. **Fecha intervención:** 6 mayo /2024
Edad: 79 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 9/05/1946 **Dirección:** Colinos

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?	S		
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?	S		
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?		CS	
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?		CS	
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?	S
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?	S
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?	S
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?	N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?	CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?	CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	CS	

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?	N
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	N
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?	N

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?	N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?	N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?	N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Se observa baja concentración al contestar Preguntas, perdida de memoria, baja auto estima.

- Paciente con posible demencia Senil.
- Continuar seguimiento y acompañamiento individual
- Hablar con un familiar

Profesional responsable
Psicóloga

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Lucia Balaguera **Fecha intervención:** 24 may /2024
Edad: 79 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 13/Dic/1945 **Dirección:** Asovigirón

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?			N
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?		CS	
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?	S		S
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?			N

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?	NA		N

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente en soledad y baja autoestima,

- Continuar intervenciones enfocadas en su salud mental y conocimientos de ayudas y recursos de orientación.

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Luis Alfredo Salazar **Fecha intervención:** 30 may / 24.
Edad: 86 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 13/12/1938 **Dirección:** Asovirgirón.

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?	S		
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?			N
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	S		
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?			N

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?			N
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?			N
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?			N

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente con evidente estado de abandono y soledad, su salud mental esta afectada.

- Seguimiento con visita domiciliaria para brindar apoyo emocional.
- Necesita atención medica.

Profesional responsable
Psicóloga

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Luis Contreras Tarrez **Fecha intervención:** 27 Mayo/2024.
Edad: 99 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 15 Jul/1925 **Dirección;** La libertad

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?			N
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?			N
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?			N

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	S		
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?			N
2. ¿Se siente aislado de los demás?			N
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?		CS	
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente que demuestra buena Salud física y mental, a pesar de su edad, se integra e interactua en el grupo.

- Continuar intervención Individual con plan personalizado por su condicion de escucha y ob vision.

Profesional responsable
Psicólogo

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Luz María Torrez Angarita **Fecha intervención:** 14 May / 2024
Edad: 67 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 1 /Abri/1957 **Dirección:** villaparaiso

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?			N
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?			N

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	S		
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?			N
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?		CS	

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?		CS	
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente que se observa buen manejo de las emociones, falta afrontamiento.

- Realizar intervensión Personalizadas de manera auditiva,
- Continuan Seguimiento para mejorar su salud mental.

Profesional responsable
Psicóloga

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Mary Duarte de Sánchez **Fecha intervención:** 15 may /2024
Edad: 73 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 1 DIC 1950 **Dirección:** Galan

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	S		
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?		CS	
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?		CS	
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente con aparente buen estado emocional y social, preocupa su perdida de memoria.

- Realizar intervención en memoria y concentración.
- Orientación en afrontamiento y recursos.

Profesional responsable
Psicologo

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Miguel Angel Jacome **Fecha intervención:** 27 may/2024
Edad: 69 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 7 enero/1955 **Dirección:** _____

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?		CS	
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?		CS	
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?	S		
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		Cs	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		Cs	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente que demuestra estado emocional y autoestima estable,

- Seguir con intervención para manejo de memoria y concentración.
- Enseñar a usar estrategias de afrontamiento saludable.

Profesional responsable
Psicologa.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Ninfa Rosa Galvan de Melo **Fecha intervención:** 22 Mayo /2024
Edad: 88 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 11 may /1936 **Dirección:** Cristales

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?			N

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?		CS	
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			S
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?			S
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?	N		

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?			N
2. ¿Se siente aislado de los demás?			N
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?			S
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?			S

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente que se encuentra con bajo auto estima, necesita atención medica y salud mental.

- Realizar visita domiciliaria se encuentra con bajo estado de animo y con deficiencias de Salud.

Profesional responsable
Psicologa.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Olinta María García **Fecha intervención:** 15 may / 2024
Edad: 70 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 17/Jul/1954 **Dirección:** Galan

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?	S		
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?	S		
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?			N
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?	S		

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?		CS	
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?			N
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?	S		
2. ¿Se siente aislado de los demás?	S		
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?			N
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS.	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente con bajo estado emocional, poca relacion social, y muy solitaria.

- Paciente que necesita atención integral en intervencion Psicologica
- Manejo emociones y atención a Salud mental

Profesional responsable
Psicologa.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad & Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Olinto Navarro Navarro **Fecha intervención:** 22 Mayo /2024
Edad: 76 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 16 /mar /1948 **Dirección:** Los Cristales

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?			N
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?	S		

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?	S		
2. ¿Se siente aislado de los demás?	S		
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?		CS	

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	S		
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?		CS	
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente con alteración en su salud mental, se siente solo y no mantiene relacion social.

- Se recomienda intervencion es Salud Mental
- Se ha observado mejora en su comportamiento grupal.
- Ejercicios de memoria.

Profesional responsable
Psicóloga

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Pedro Antonio Rosas Molina **Fecha intervención:** 14 mayo /24
Edad: 61 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 2 Jun / 1963 **Dirección:** Los cristales

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?			N
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?	S		

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	S		
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?	S		
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?		CS	

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente que aparentemente maneja emociones y una medianá autoestima.

- Hacer seguimiento en su salud mental.
- Realizar intervención en memoria y concentración.

Profesional responsable
Psicóloga

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Pedro Elias Meneses Blanco **Fecha intervención:** 28 mayo /2024
Edad: 75 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 9 Jul /1949 **Dirección:** Asovigiron.

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?		CS	
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?		CS	

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	S		
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente aparentemente estable emocionalmente.

- Continuar intervención en Salud mental.
- Realizar ejercicios de memoria

* Pendiente conseguir valoración para un tumor que tiene.

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Rosa María Prado Vergel **Fecha intervención:** 20 mayo 2024
Edad: 81 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 13 Dic / 1943 **Dirección:** Asovigirón

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?			N
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	I
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?	—	—	—
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?	—	—	—

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?		CS	
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?		CS	
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	—	—	—
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	—	—	—

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?	—	—	—
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?	S		
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?	—	—	—
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?	—	—	—

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?	—	—	—
2. ¿Se siente aislado de los demás?	—	—	—
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	—	—	—

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?	—	—	—
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	—	—	—
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?	—	—	—

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?	—	—	—
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?	—	—	—
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?	—	—	—

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	—	—	—
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	—	—	
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	/	/	/

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Se obtiene información de su cuidadora (hna). Estudiar posible demencia o trastorno.

- Realizar visitas domiciliarias.
- Realizar intervención personalizada.

Profesional responsable
Psicología

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad & Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Romelia Pallarez Garzón **Fecha intervención:** 8 Mayo / 2024
Edad: 76 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 15 Nov / 1948 **Dirección:** Galan

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?	S		
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?	S		
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?			N
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?	S		

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?		CS	
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?			N
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?			N
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?	S		
2. ¿Se siente aislado de los demás?	S		
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?	S		

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?			N
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?		CS	
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?		CS	
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?		CS	
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente que manifiesta una soledad y tristeza. esta afectado su estado emocional.

- Su estado de salud mental se debe intervenir.
- Se le realizó intervensión Psicologico individual (Fibromialgia)
- Continuar interv. (memoria)

Profesional responsable
Psicólogo

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Urbano Tarazona Navarro **Fecha intervención:** 15 may /2024
Edad: 62 **Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 12 may /1962 **Dirección:** Salucea

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?			N
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?			N
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?		CS	
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?		CS	
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?		CS	

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?		CS	
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?		CS	

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?	S		
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	S		
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿~~Qué~~ estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?			N
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?			N

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?	S		
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente que mantiene buen estado emocional su participacion grupal es poca.

- Continuar actividades de intervension en memoria y concentracion.

Profesional responsable
Psicologa.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013



FORMATO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

Nombre: Virgelma Blanco Quintero **Fecha intervención:** 21 may 124
Edad: 87 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 23 Oct 1937 **Dirección:** Galan

Estado Emocional

1. ¿Con qué frecuencia se siente triste o deprimido?		CS	
2. ¿Se siente ansioso o nervioso a menudo?		CS	
3. ¿Siente que tiene a alguien con quien hablar cuando necesita apoyo emocional?		CS	
4. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?		CS	

Relaciones Sociales

1. ¿Cuántas veces al mes se encuentra con amigos o familiares?		CS	
2. ¿Se siente apoyado por su familia y amigos?		CS	
3. ¿Tiene algún amigo cercano o alguien en quien pueda confiar?		CS	
4. ¿Participa en actividades comunitarias o sociales?			N

Autoestima y Autopercepción

1. ¿Se siente bien acerca de usted mismo/a en este momento?		CS	
2. ¿Cree que su vida tiene propósito y significado?	S		
3. ¿Se siente útil y valorado por los demás?		CS	

Expectativas y Deseos

1. ¿Le gustaría cambiar en su vida para sentirse menos solo?		CS	
2. ¿Hay actividades que le interesen y que no esté realizando actualmente?	S		
3. Le gustaría recibir más apoyo de los demás?	S		

Salud Mental

1. ¿Ha notado cambios en su apetito o peso recientemente?	S		
2. ¿Tiene dificultades para dormir o dormir demasiado?	S		
3. ¿Se siente fatigado o sin energía con frecuencia?	S		
4. ¿Siente que tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	S		

Percepción de Soledad

1. ¿Con qué frecuencia siente que falta compañía en su vida?		CS	
2. ¿Se siente aislado de los demás?			N
3. ¿Con qué frecuencia desea tener más contacto con otras personas?		CS	

Afrontamiento y Recursos

1. ¿Qué estrategias utiliza para lidiar con sentimientos de soledad o abandono?		CS	
2. ¿Ha buscado ayuda profesional para tratar sus sentimientos de soledad?			N
3. ¿Conoce recursos o servicios en su comunidad que podrían ayudarle a sentirse más acompañado?		CS	I

Siempre (S) – Casi Siempre (CS) – Nunca (N)

Observaciones: Paciente que a pesar de su edad y condición física mantiene estable sus emociones y autoestima.

- Continuar intervenciones en salud mental
- Estar en constante revisión de salud física.

Profesional responsable
Psicóloga.

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013

INFORME DE ACTIVIDADES ENFERMERIA

mayo 2024

FUNDACION IDENTIDAD Y CULTURA - CENTRO VIDA OCAÑA



DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
28	29	30	1	2	3	4
				Valoracion de adultos mayores en la sede centro vida ocaña LUCIA BALAGUERA DE CRITANCHO,LUIS ALFREDO SALAZAR	valoracion de adultos mayores en la cede centro vida ocaña OLINTA MARIA GARCIA,OLINTO NAVARRO,PEDRO ANTONIO ROSAS,PEDRO ELIAS MENESES,ROMELIA PALLARES,	
5	6	7	8	9	10	11
	valoracion de adultos mayores en la sede centro vida ocaña URBANO TARAZONA,VIRGELMA BALACO,	valoracion de adultos mayores en la Sede centro vida ocaña, MARY DUARTE DE SANCHEZ, Emilia Rosa	Valoracion de adultos mayores en la cede centro vida ocaña , ALCIDES SERRANO,ALVARO TELLEZ ,ANA DE JESUS CARRASCAL	Valoracion de adultos mayores en la sede centro vida ocaña ,ANGEL DAVID DUARTE,ARNULFO ACOSTA,CARLOS JULIO NAVARRO	Valoracion de adultos mayores en la cede centro vida ocaña ,CARMEN LUBIN PEÑARANDA, ANA DE JESUS CARRASCAL	
12	13	14	15	16	17	18
	valoracion de adultos mayores en la sede centro vida ocaña Miguel jacome, Ninfa rosa galvan, Isidro meneses	Valoracion de adultos mayores en la sede centro vida ocaña Luis contreras, Ana Ester Sanchez	valoracion de adultos mayores en la sede centro vida ocaña , Carlos Julio Navarro, Carmen Rosa Toro, Eduvin Perez, Edilia Perez,	valoracion de adultos mayores en la sede centro vida ocaña Carmen Rosa Toro, Carmen Rosa Prado,Rosa Maria prado, Ana rosa prado	Valoracion de adultos mayores en la sede centro vida ocaña Luz maria torres, Carmen, Hemel serrano, Elvania luna, Jose de Jesus Caselles, Andres Navarro	
19	20	21	22	23	24	25
	valoracion de adultos mayores en la sede centro vida ocaña, Jose de Dios Galvan, Jose de Jesus, Esteban rincon, Ismael Ruedas	Valoracion de adultos mayores en la sede centro vida ocaña Romelia Pallares, Virgelma Blanco, Ana Rosa Prado	Acompañamiento en centro vida, realizacion de ejercicios, toma de presion arterial	Acompañamiento en centro vida, realizacion de ejercicios, toma de presion arterial	Acompañamiento en centro vida, realizacion de ejercicios, toma de presion arterial	
26	27	28	29	30	31	
	Acompañamiento en centro vida, realizacion de ejercicios, toma de presion arterial	Valoracion de adultos mayores en la sede centro vida ocaña LEONOR LEMUS, CARMEN MILENA ROPERO	Valoracion de adultos mayores en la sede centro vida ocaña INES MARIA DIAS CARMEN MARIA ANGARITA	Valoracion de adultos mayores en la sede centro vida Ocaña ANA ESTER SANCHEZ,ANDRES NAVARRO.	Realizacion de informe de actividades, cuenta de cobro y demas documentos para pago	

Nombre: YARELY BARBOSA TRILLOS
Cargo:AUXILIAR DE ENFERMERIA

Calendario mensual de proyecto, en el que se evidencie la realización diaria y detallada de las actividades de cada integrante



PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 002

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Contratista	YARELY BARBOSA TRILLOS
Cedula de Ciudadanía	37180531
Número del Contrato	008 DE 2024
Objeto del contrato:	Prestar por sus propios medios y con plena autonomía técnica y presupuestal, dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato como auxiliar de enfermería. .
Período de este informe:	Del 01 al 30 de mayo del año 2024



2. INFORME DETALLADO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
Brindar atención y cuidado personalizado a los residentes de acuerdo con sus necesidades individuales, incluyendo asistencia con la higiene, alimentación, movilidad, entre otros.	la atención y el cuidado personalizado han contribuido a mejorar la calidad de vida de los beneficiarios, promoviendo su bienestar físico, emocional y social. la atención ha permitido a los beneficiarios mantener o mejorar su independencia en actividades de la vida diaria, como la higiene, la alimentación y la movilidad.    



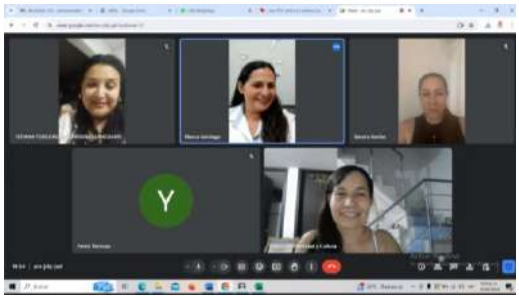
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
Administrar medicamentos según las indicaciones médicas y llevar un registro preciso de las dosis administradas	Se visitan los hogares y en la sede del centro vida las y se realizan las siguientes actividades, toma de presión, , SPO2, temperatura, y las preguntas relaciones sobre su estado de salud, sobre en su estado emocional, y seguimiento a medicamentos.    



OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
Monitorear la salud y el bienestar de los residentes, reportando cualquier cambio o preocupación al personal médico o supervisor.	Se realizan visitas a los hogares y en la sede del centro vida, donde beneficiarios que presentan hipertensión arterial controlada evidenciando signos vitales estables y ausencia de síntomas relevantes y pacientes que se observan en buen estado de higiene y salud general. Durante la visita realizada a los hogares y en la sede del centro de vida, se llevaron a cabo diversas actividades para monitorear la salud de los adultos mayores. Se registró una presión arterial dentro de los rangos normales, Se registro SPO2, Se registró una temperatura dentro del rango normal, se observó que los adultos mayores mostraron un buen estado general de salud. No se identificaron cambios significativos o síntomas preocupantes. la colaboración estrecha con el equipo médico ha permitido un seguimiento más preciso de las condiciones de salud de los beneficiaros y una respuesta más rápida a sus necesidades.    
Colaborar con el equipo multidisciplinario del centro para garantizar un ambiente seguro y acogedor para los residentes	Se apoyo al equipo en las diferentes actividades programadas, para este mes, se realizó una visita al museo de la gran convención donde los abuelos estuvieron conociendo y/o recordando parte de la historia de Ocaña, sus diferentes barrios y eventos importantes sucedidos en esta ciudad, en la actividad realizada, los abuelos estuvieron atentos, contentos y con buena disposición, manifestaron su agradecimiento y comodidad con la actividad realizada, de igual manera, en Centro vida, se realizo una jornada de salud en la que se brindo apoyo para dicha actividad, inicialmente, colaborando con la recogida de los abuelos en sus casas y posteriormente, apoyando al equipo de médicos y enfermeras para el



OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
	optimo desarrollo de la actividad.    
Mantener la confidencialidad de la información médica y personal de los residentes.	Como auxiliar de enfermería, cumplo con la obligación de mantener la confidencialidad de la información médica y personal de los residentes a mi cargo. Garantizo que toda la información sensible se maneja con el más alto nivel de privacidad y seguridad, cumpliendo con los estándares éticos y legales establecidos en mi contrato laboral, Durante el período de revisión, hemos mantenido un compromiso con la preservación de la confidencialidad de la información médica y personal de nuestros beneficiarios
Seguir las políticas y procedimientos del centro de cuidado para garantizar la calidad de la atención prestada.	Como auxiliar de enfermería entiendo y reconozco la importancia de seguir las políticas y procedimientos establecidos centro vida. Trato de cumplir con estas directrices para garantizar la calidad de la atención que brindo a nuestros beneficiarios.
Asistir al CENTRO VIDA los viernes de 07:00 am a 02:00 pm, para desarrollar actividades propias de su cargo con los abuelos presentes.	He asistido al CENTRO VIDA los viernes desde que iniciamos labores, llevando a cabo las actividades correspondientes a mi cargo de toma de signos vitales toma de presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respetaría, temperatura, y las preguntas relaciones sobre su estado de salud, preguntas sobre en su estado emocional, estilos de vida, condiciones generales de la vivienda y si cuenta con una red de apoyo permanente. Brindando atención y cuidado a los abuelos presentes. Mi objetivo principal es contribuir al bienestar y la comodidad de nuestros queridos residentes, proporcionándoles un entorno enriquecedor y actividades significativas que promuevan su calidad de vida.
Asistir a las reuniones programadas por la coordinación del proyecto	Como auxiliar de enfermería del CENTRO VIDA, estoy comprometida a la atención integral a nuestros beneficiarios, he asistido puntualmente a todas las reuniones programadas por la coordinadora. Entiendo la importancia de

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
	estas reuniones para mantenernos informados, coordinar nuestras acciones y discutir temas relevantes para el cuidado de nuestros beneficiarios. Estoy dispuesta a participar activamente en las reuniones, compartir mis ideas y aportar mi experiencia para mejorar continuamente nuestros servicios. 

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL SUPERVISOR

Firma Contratista
Nombre:YARELY BARBOSA TRILOS
C.C No. 37.180.531

Firma Supervisor
Nombre: NERY CARREÑO SÁNCHEZ
C.C No 37.331.842 DE OCAÑA

SEMANA 1-3 MAYO -20124- ENTREGA DE ALIMENTOS (seguimiento de adultos mayores en la sede centro vida Ocaña, sobre el historial de signos vitales, estado emocional, actividades de la vida diaria, historial de caídas, red de apoyo)








SEMANA 6-10 MAYO-20124- ALIMENTOS (seguimiento de adultos mayores en la sede centro vida Ocaña y en sus domicilios sobre el historial de signos vitales, estado emocional, actividades de la vida diaria, historial de caídas, red de apoyo, estilo de vida,)









SEMANA 13-17 MAYO-20124- (valoración de adultos mayores en la sede centro vida Ocaña y en sus domicilios sobre el historial de signos vitales, estado emocional, actividades de la vida diaria, historial de caídas, red de apoyo, estilo de vida,) y se realiza actividades físicas con los beneficiarios por espacios del centro vida.









SEMANA 20-24 MAYO-20124- ALIMENTOS (valoración de adultos mayores en la sede centro vida Ocaña y en sus domicilios sobre el historial de signos vitales, estado emocional, actividades de la vida diaria, historial de caídas, red de apoyo, estilo de vida,)









SEMANA 27-31 MAYO-20124- - (valoración de adultos mayores en la sede centro vida Ocaña y en sus domicilios sobre el historial de signos vitales, estado emocional, actividades de la vida diaria, historial de caídas, red de apoyo, estilo de vida,) y se realiza charla sobre los cuidados y la importancia tomarse los medicamentos y estilos de vida saludables con los beneficiarios por espacios del centro vida.









RECIBIDO A SATISFACCIÓN

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA



Nombre del Contratista:	**YARELY BARBOSA TRILLOS**	FECHA		
Cedula de Ciudadanía:	**37.180.531**			
Contrato No.	**008**	2024	6	2
Pago No.	**2**	AA	MM	DD

OBJETO: Prestar por sus propios medios y con plena autonomía técnica y presupuestal, dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato como Auxiliar de Enfermería.

En calidad de supervisor del contrato anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas. Igualmente certifico que el Contratista dió cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, y cumplió con los aportes a salud, pensión y ARL.

Por lo anterior, autorizo el pago de la cuenta de cobro No. 002, por valor de **UN MILLON DE PESOS M/CTE ($ 1,000,000,oo)**, suma que deberá consignarse en la cuenta de AHORROS, número 24109375412 del banco CAJA SOCIAL.

Nery Carreño Sanchez.

FIRMA SUPERVISOR
NERY CARREÑO SANCHEZ

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Olinta Maria Garcia Jaimes			
CC: 37.319.582		**TEL:**	3229336353
DIRECCIÓN: 2 de Octubre Galan.		**FECHA:**	20-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	115/60		
Temperatura (T°)	36.02.		
saturación	94 SPO2.		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad		X	
Depresión		X	
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir		X	
Otros		X	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yardy Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yardy Barbosa

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	Luis Alfredo Salazar Rangel		
CC:	1.091.593.885.	**TEL:**	3107765872.
DIRECCIÓN:	Asovigilon.	**FECHA:**	21-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	115/55
Temperatura (T°)	36.08
saturación	SPO2 - 94%

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad		X	
Depresión		X	
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir		X	
Otros		X	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		X
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		X
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	Ismael Antonio Rueda J		
CC:	5.466.339	**TEL:**	3227649648
DIRECCIÓN:	Sauces.	**FECHA:**	21-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	120/60
Temperatura (T°)	36.03
saturación	SpO2-96%

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		x
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	olinto navarro Navarro		
CC:	12.683.333	**TEL:**	3146875878
DIRECCIÓN:	Los arrayanes	**FECHA:**	23-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	120/80
Temperatura (T°)	36.08.
saturación	SpO2. 95.

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		x
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarly Balbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarly Balbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Jose de Dios Galvan			
CC: 88.138.908		**TEL:**	3146597044
DIRECCIÓN: Asovigilon		**FECHA:**	24-05 2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	120/65
Temperatura (T°)	36.0.
saturación	SpO2 96%

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 C.C. 37180530

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Edilia Maria Perez Perez			
CC: 37318.467		**TEL:**	3125086337
DIRECCIÓN: 312-		**FECHA:**	27-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	120/60		
Temperatura (T°)	36.05.		
saturación	SPO2 - 95%		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad		X	
Depresión		X	
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir		X	
Otros			

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento? Losartan Somy	X	
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento Cada 12 hor.		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Carmen Rosa Toro Toro			
CC: 27.660.848		**TEL:**	3122841292
DIRECCIÓN: Asovigiron		**FECHA:**	27-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	110/60		
Temperatura (T°)	36.05.		
saturación	SpO2 - 94%.		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad		X	
Depresión		X	
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir		X	
Otros		X	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?	X	
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento cada 12 horas.		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente): Paciente presenta hipertension arterial controlada evidenciando signos vitales estables y ausencia de sintomas relevante.		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Emilio Peñuela.			
CC: 77.149.906.		**TEL:**	3124241042.
DIRECCIÓN: Altos del norte		**FECHA:**	27-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	110/55.		
Temperatura (T°)	36.02.		
saturación	SPO2-94%		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad		X	
Depresión		X	
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir		X	
Otros		X	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		X
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		X
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Esteban Rincon			
CC: 4.982.476		**TEL:**	320 813 4084
DIRECCIÓN: Galan		**FECHA:**	28-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	120/70		
Temperatura (T°)	36.08		
saturación	SPO2: 95%		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros			

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?	x	
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento cada 12 y 24 hor.		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Arillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	Jose de Jesus Caselles		
CC:	1.757.120	**TEL:**	
DIRECCIÓN:	Colinas de la provincia	**FECHA:**	28 05 2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	120/60
Temperatura (T°)	36.02
saturación	SpO2. 94%

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		o	
Depresión		o	
Problemas de memoria		o	
Dificultades para dormir		o	
Otros			

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		x
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Fritos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Eduvin Perez Balbuena			
CC: 13 165. 563		**TEL:**	3229691092
DIRECCIÓN: Galan		**FECHA:**	28-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	110/65		
Temperatura (T°)	36.08		
saturación	Sp02. 94%		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros			

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		x
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	Pedro Elias Meneses Blanco		
CC:	13.250.878	**TEL:**	
DIRECCIÓN:	Asovegiron	**FECHA:**	29-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	120/60
Temperatura (Tº)	36.09
saturación	SPO2 95.

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		9
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 C.C. 37180537

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yary Barbosa T

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Nohtal Rosa Galvan de Melo			
CC: 27.745.072		**TEL:**	3102442892
DIRECCIÓN: cristales		**FECHA:**	30-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	120/60		
Temperatura (T°)	36.04		
saturación	SPOL. 94%		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad	X		
Depresión		X	
Problemas de memoria	X		
Dificultades para dormir	X		
Otros			

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento? Losartan 50mg.	X	
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		

Observación (efectos secundarios reportados por el paciente): Paciente que presenta hipertension arterial con tolada evidenciando signos vitales estables y ausencia de sintomas relevantes Beneficiario que se encuentra en buen estado de salud

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarly Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	Alcides Serano Perez		
CC:	13.364.940	**TEL:**	3107655129
DIRECCIÓN:	Galan	**FECHA:**	30-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	110/60
Temperatura (T°)	36.5
saturación	SpO2-95%

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad		X	
Depresión		X	
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir		X	
Otros		X	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		X
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		X
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Tribiesca
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180533

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Virgelma Blanco			
CC: 27.657.220		**TEL:**	3208134084
DIRECCIÓN: Cobra		**FECHA:**	29-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	120/60
Temperatura (T°)	36.09
saturación	SPO2. 95.

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza	x		
Ansiedad		x	
Depresión	x		
Problemas de memoria	x		
Dificultades para dormir	x		
Otros			

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?	x	
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Andres Navarro			
CC: 5.433.617		**TEL:**	3124241042
DIRECCIÓN: Altos del Norte		**FECHA:**	23-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	110/60		
Temperatura (T°)	36.05		
saturación	SPO2 -88%		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad		X	
Depresión		X	
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir		X	
Otros		X	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		X
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		X
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Tribaldos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - CC 37180584

Firma de auxiliar responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	Carmen milena Angarita Torres		
CC:	27765.503	**TEL:**	3124721308
DIRECCIÓN:	la Gloria.	**FECHA:**	24-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	100/60
Temperatura (T°)	36.06.
saturación	

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento? losartan de 50 mg		
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento cada 12 hr.		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente): Paciente con presenta hipertension arterial controlada, evidenciando signos vitales estables y ausencia de sintomas relevantes, se observa en buen estado de salud.		

Yardy Barbosa Tellos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yardy Barbosa T.

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Carmen maria Angarita.			
CC: 37369396		**TEL:**	3133748874
DIRECCIÓN: Santa clara		**FECHA:**	02-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	100/60
Temperatura (T°)	36.05.
saturación	SPO2- 90.

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento? Losartan 50mg	x	
¿Cual? Acido Acetilsalicilico 100mg		
Hora de administración del medicamento cada 12 horas		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente): paciente que presenta h.pertension arterial controlada evidenciando signos vitales estables y ausencia de sintomas relevantes, y se		

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Joaquin Emilio Ovarte			
CC: 1.733.938		**TEL:**	3140597044
DIRECCIÓN: Asovipior.		**FECHA:**	02-5-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	120/60		
Temperatura (T°)	36.03		
saturación	SPO2. 94%		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		x
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarly Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C 37149691

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarly Barbosa T

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	Lucia Balaguera de Cristancho		
CC:	27.762.828	**TEL:**	3125655292
DIRECCIÓN:	Asopaipa	**FECHA:**	03-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	120/60
Temperatura (T°)	36.03.
saturación	SpO_2 . 96%

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		x
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180571

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Romelia Pallares			
CC: 37229504		**TEL:**	3134352183.
DIRECCIÓN: Galan		**FECHA:**	06-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	110/60		
Temperatura (T°)	35:04.		
saturación	SPO298 %		

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza	X		
Ansiedad	X		
Depresión	X		
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir	X		
Otros			

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento? losartan 50mg	X	
¿Cual? Hidroclorotiazida 25mg - Atorvastatina 20mg		
Hora de administración del medicamento cada 12 horas.		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente): paciente que presenta hipertension arterial controlada, evidenciando signos vitales estables y ausencia de sintomas relevantes se observa en buen estado de salud.		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Cibano Palatonca Navarro			
CC: 13373645		**TEL:**	3124873511
DIRECCIÓN: Sauces.		**FECHA:**	06-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	110/60		
Temperatura (T°)	36.0		
saturación	SPO2-94%.		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		x
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarly Barbosa

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Luz Maria Torres Angarita			
CC: 37.323.659		**TEL:**	3208520832
DIRECCIÓN: Villa Paraiso		**FECHA:**	7-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	120/65		
Temperatura (T°)	36.05.		
saturación	SpO2 - 95%.		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad		X	
Depresión		X	
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir		X	
Otros		X	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento? losartan de 50mg.	X	
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento cada 12 hrs.	X	
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yardly Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yardly Barbosa T.

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Miguel Angel Jacome Pacheco			
CC: 13.361.622		**TEL:**	3214825522
DIRECCIÓN: Galan		**FECHA:**	7-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	115/55
Temperatura (T°)	36.08
saturación	SPO2: 90%

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad		X	
Depresión		X	
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir		X	
Otros		X	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		X
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		X
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarly Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180534

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarly Barbosa

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Luis Contreras Torres			
CC: 1959870		**TEL:**	32294668
DIRECCIÓN: La Libertad		**FECHA:**	08-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	110/60		
Temperatura (T°)	36.08		
saturación	SpO2. 95%		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		x
Hora de administración del medicamento		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yardy Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yardy Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: leonor lemus de peñaranda			
CC: 27.661.212		**TEL:**	3133004256
DIRECCIÓN: Colinas de la Florida		**FECHA:**	09-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	110/60		
Temperatura (T°)	36.00		
saturación	SPO2-95%		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión	x		
Problemas de memoria	x		
Dificultades para dormir	x		
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento? losartan 50mg	x	
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento cada 12 horas.		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	José domingo Peñuela.		
CC:	5.426.263	**TEL:**	3124291042
DIRECCIÓN:	Altos del norte	**FECHA:**	10-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	110/65
Temperatura (T°)	36.03
saturación	SpO2. 96%

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		x
Hora de administración del medicamento		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Tillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Ana Rosa Prado Vergel.			
CC: 1.092.731.419		**TEL:**	
DIRECCIÓN:		**FECHA:**	10-05 2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	110/50		
Temperatura (T°)	36.02		
saturación	PSO2 94		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		x
Hora de administración del medicamento		x
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yakely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180931

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yakely Barbosa T

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	Rosa María Prado Vergel		
CC:		**TEL:**	
DIRECCIÓN:		**FECHA:**	10-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	110/80
Temperatura (T°)	36.00
saturación	SPO2 90

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		x
Hora de administración del medicamento		x
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarly Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Hemel Serrano Perez			
CC: 5.458.752		**TEL:**	3107655129
DIRECCIÓN: Galan		**FECHA:**	13-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	120/65		
Temperatura (T°)	36.02.		
saturación	SPO2: 95%.		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	
SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS		**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?			
¿Cual?			
Hora de administración del medicamento			
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):			

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Isidro Antonio Meneses			
CC: 5.035.469		**TEL:**	
DIRECCIÓN: los cristales		**FECHA:**	13-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	120/65		
Temperatura (T°)	36.08.		
saturación	SpO2-96%		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros			

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		x
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yardy Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yardy Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	Emilia Rosa Jacome D Avendaño		
CC:	27.762.173	**TEL:**	3214825522
DIRECCIÓN:	Galan	**FECHA:**	14-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	120/65.
Temperatura (T°)	36.02.
saturación	SPO2.95%

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad		X	
Depresión		X	
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir		X	
Otros			

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg. 3160 [illegible] 30531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	Carmen Lubin Miranda Pacheco		
CC:	5466526	**TEL:**	3133004256.
DIRECCIÓN:	Colinas de la Florida	**FECHA:**	14-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	100/60
Temperatura (T°)	36.02.
saturación	SpO2 = 94%

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad		X	
Depresión		X	
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir		X	
Otros		X	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		X
¿Cual?		X
Hora de administración del medicamento		X
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Tellez
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Arnulfo Acosta.			
CC: 5.459.631		**TEL:**	3215135426
DIRECCIÓN: los cristales		**FECHA:**	14-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	110/60		
Temperatura (T°)	36.02.		
saturación	SpO2-95%.		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		x
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		x
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa

Identidad &Cultura
FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	Angel David Duran Rincon		
CC:	5.466.626	**TEL:**	
DIRECCIÓN:	Asovigiron	**FECHA:**	13-05 2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	100/50
Temperatura (T°)	35.05.
saturación	SPO2. 94%.

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad		X	
Depresión		X	
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir		X	
Otros		X	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		X
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		X
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yardy Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yardy Barbosa T

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Alvaro Tellez			
CC: 3.320.897		**TEL:**	
DIRECCIÓN:		**FECHA:**	16-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	120/75.		
Temperatura (T°)	36.4		
saturación	SPO7 - 95		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		X	
Ansiedad		X	
Depresión		X	
Problemas de memoria		X	
Dificultades para dormir		X	
Otros		X	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento?		X
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento		X
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos T
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C 37180531
Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa. T.

Identidad & Cultura FUNDACIÓN

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Anaestel Sanchez			
CC: 37313875		**TEL:**	3232272357
DIRECCIÓN: Colinas de la Esperanza		**FECHA:**	15-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	120/65.
Temperatura (T°)	36.05.
saturación	SPO2. 92

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza	x		
Ansiedad	x		
Depresión	x		
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir	x		
Otros			

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento? Valsartan 80mg	x	
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento cada 12 hrs.	x	

Observación (efectos secundarios reportados por el paciente): paciente que presenta hipertension arterial con tolada, evidenciando signos vitales estables y ausencia de sintomas relevantes, paciente se observa en buen estado general de salud

Yorely Barbosa Tellez
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37380531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yorely Barbosa T

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Ana de Jesus cabascal			
CC: 27.851.399		**TEL:**	3229747677.
DIRECCIÓN: Transversal 51A 6B 40		**FECHA:**	16-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	130/60		
Temperatura (T°)	36.0.		
saturación	96 - SpO_2 90%		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento? Losartan 50mg, Hidroclorotiazida 25mg		
¿Cual? Rimibutina 200mg		
Hora de administración del medicamento cada 12 horas		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente): Paciente que presenta hipertension arterial controlada, evidenciando signos vitales estables y ausencia de sintomas relevantes. Beneficiario que se encuentra en buen estado general de salud.		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531
Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS: Pedro Antonio Rosas Molina			
CC: 13.477.632		**TEL:**	3142815922
DIRECCIÓN: Los Cristales		**FECHA:**	17-05-2024
SIGNOS VITALES			
Presión arterial (T/A)	110/65		
Temperatura (T°)	36.06.		
saturación	SPO2. 94		
ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria	x		
Dificultades para dormir	x		
Otros			

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento? losartan 50 mg	x	
¿Cual?		
Hora de administración del medicamento cada 12. horas	x	
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarley Barbosa Millos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarley Barbosa

FUNDACION IC- IDENTIDAD Y CULTURA
FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ENFERMERIA PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA OCAÑA



NOMBRE Y APELLIDOS:	Eluania María luna		
CC: 37 365.854		**TEL:**	3144898396
DIRECCIÓN:		**FECHA:**	17-05-2024

SIGNOS VITALES	
Presión arterial (T/A)	120/60
Temperatura (T°)	36.05.
saturación	SPO2 95

ESTADO EMOCIONAL			
Sentimientos de:	**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
Tristeza		x	
Ansiedad		x	
Depresión		x	
Problemas de memoria		x	
Dificultades para dormir		x	
Otros		x	

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS	**SI**	**NO**
¿Consume algún medicamento? Balsartan. 160	x	
¿Cual?	x	
Hora de administración del medicamento 12 horas		
Observación (efectos secundarios reportados por el paciente):		

Yarely Barbosa Trillos
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Reg 3160 - C.C. 37180531

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yarely Barbosa T.

INFORME DE ACTIVIDADES FISIOTERAPIA

mayo 2024



FUNDACION IDENTIDAD Y CULTURA - CENTRO VIDA OCAÑA

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
		1	2	3	6	5
			ACTIVIDAD CON MUSICOTERAPIA Y BAILOTERAPIA CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN CENTRO VIDA	SOCIALIZACION DEL PLAN CASRO DE EJERCICIOS EN CENTRO VIDA		
6	7	8	9	10	11	12
ENTREGA DE PLAN CASERO DE EJERCICIOS A ALCIDES SERRANO, ALVARO TELLEZ, ANA CARRASCAL, ANA SANCHEZ,	PROGRAMA DE LUDOTERAPIA CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE CENTRO VIDA	ENTREGA DE PLAN CASERO A A CARLOS NAVARRO, CARMEN PEÑARANDA, CARMEN TORO, EDILIA PEREZ,	ENTREGA DE PLAN CASERO A ESTEBAN RINCON, HEMEL SERRANO, ISIDRO MENESES, ISMAEL RUEDA, JOSE GALVAN, JOSE DOMINGO PEÑUELA.	PROGRAMA DE LUDOTERAPIA CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE CENTRO VIDA		
13	14	15	16	17	18	19
ENTREGA DE PLAN CASERO DE EJERCICIOS A LEONOR LEMUS, LUCIA BALAGUERA, LUIS SALAZAR, LUIS CONTRERAS, LUZ MARIA TORRES, MIGUEL JACOME.	SOCIALIZACION DEL PLAN CASERO DE EJERCICIOS CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN CENTRO VIDA	ENTREGA DEL PLAN CASERO DE EJERCICIOS A NINFA GALVAN, OLINTA GARCIA, OLINTO NAVARRO, PEDRO ROSAS, PEDRO MENESES.	ENTREGA DE PLAN CASERO A ROMELIA PALLARES, URBANO TARAZONA, VIRGELINA BLANCO, ELVANIA LUNA	JORNADA DE SALUD CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN LAS INSTALACIONES DE CENTRO VIDA		
20	21	22	23	24	25	26
ENTREGA DE PLAN CASERO A ANA PRADO, ROSA PRADO, CARMEN PRADA, MARY SANCHEZ	ACTIVIDAD DE GIMNASIA DE MANTENIMIENTO CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN LAS INSTALACIONES DE CENTRO VIDA	ENTREGA DE PLAN CASERO DE EJERCICIOS A ANDRES NAVARRO, ANGEL DURAN, ARNULFO ACOSTA	ACTIVIDAD SALIDA LUDICO-CULTURAL AL COMPLEJO HISTORICO DE SAN FRANCISCO	SOCIALIZACION DEL PLAN CASERO DE EJERCICIOS CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN CENTRO VIDA		
27	28	29	30	31		
ENTREGA PLAN CASERO A EDUVIN PEREZ, EMILIA JACOME, EMILIO PEÑUELA, CARMEN ANGARITA.	ACTIVIDAD DE GIMNASIA DE MANTENIMIENTO CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN LAS INSTALACIONES DE CENTRO VIDA	SOCIALIZACION DEL PLAN CASERO DE EJERCICIOS CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN CENTRO VIDA	ACTIVIDAD CON MUSICOTERAPIA CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN CENTRO VIDA	ACTIVIDAD CON BAILOTERAPIA CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN CENTRO VIDA		

NOMBRE: ANA MILENA PAEZ
CARGO: FISIOTERAPEUTA

Calendario mensual de proyecto, en el que se evidencie la realización diaria y detallada de las actividades de cada integrante



PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 002

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Contratista	ANA MILENA PAEZ VERGEL
Cedula de Ciudadanía	37338996
Número del Contrato	003 de 2024
Objeto del contrato:	Prestar por mis propios medios y con plena autonomía y presupuestal, los servicios como fisioterapeuta dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas en el contrato.
Período de este informe:	Del 01 al 30 de mayo del año 2024



2. INFORME DETALLADO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
1. La profesional deberá cumplir con las valoraciones iniciales al mes	Durante el mes de mayo se cumplieron las valoraciones fisioterapéuticas de cada uno de los beneficiaros vinculados al programa de adulto mayor de centro vida.  
2. En los meses siguientes del contrato deberá continuar con el seguimiento y control de estas valoraciones.	Se realizo seguimiento a las valoraciones como control del estado físico de los beneficiarios encontrando disminución del dolor en los adultos mayores.  
3. Asistir al CENTRO VIDA los viernes de 07:00 am a 02:00 pm, para desarrollar actividades propias de su cargo con los	Inicialmente se logró gestionar Las actividades recreativas, sociales y físicas que ayudan al adulto a potenciar su creatividad, sentirse útiles,



OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
abuelos presentes.	elevar su autoestima, disfrutar de nuevos intereses, fomentar las relaciones interpersonales, fomentar el bienestar y la satisfacción, así como mantener las habilidades cognitivas y psicomotrices.     

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
	 
4. Implementar sesiones de terapia física para mejorar la movilidad, fuerza y coordinación de los adultos mayores.	Se entregó y a su vez se socializo la entrega del plan casero a los adultos mayores con el fin de promover la realización de los ejercicios diariamente en sus casas.  

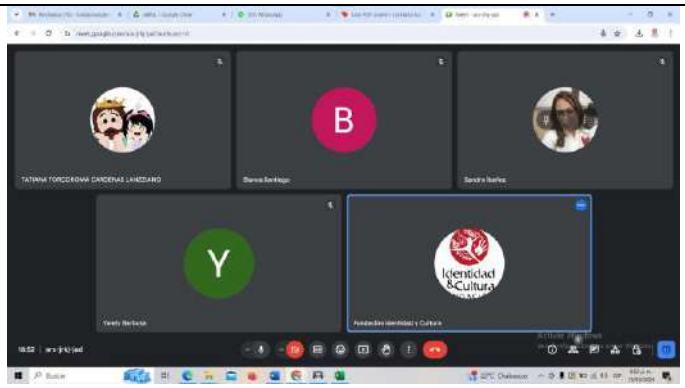


OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
	 Se realizó una salida lúdica- cultural donde se visitó el complejo histórico de san Francisco donde conocieron las exhibiciones de los barrios antiguos de Ocaña y el museo de la gran Convención, con el fin de enriquecer los conocimientos acerca del pueblo en el que nacieron y adicionalmente salir de la rutina diaria.  
5. Mantener registros precisos y completos de las valoraciones y tratamientos realizados.	Se mantiene un registro de cada valoración fisioterapéutica donde se señala la condición física de cada uno de los beneficiarios del programa de adultos mayores de Centro Vida.  



OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
6. Colaborar con otros profesionales de la salud en el centro para garantizar un enfoque integral en el cuidado de los usuarios del CENTRO VIDA.	Se realizó la actividad de jornada de salud lo que permitió acercar a los adultos mayores a los servicios de salud básicos para mejorar la calidad de vida de esta población, de igual manera detectar e identificar problemas de salud presentes.   
7. Asistir a las reuniones programadas por la coordinación del proyecto	Se asistio a la reunion realizada por la coordinacion del programa con el fin de compartir ideas.



OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
	

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL SUPERVISOR

Firma Contratista
Nombre: ANA MILENA PAEZ
C.C No. 37338996

Firma Supervisor
Nombre: NERY CARREÑO SÁNCHEZ
C.C No 37.331.842 DE OCAÑA

SEMANA 1-3 MAYO-2024

REALIZACION DE ACTIVIDAD CON MUSICOTERAPIA Y BAILOTERAPIA CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN CENTRO VIDA







SOCIALIZACION DEL PLAN CASERO DE EJERCICIOS A LOS ADULTOS MAYORES EN LAS INSTALACIONES DE CENTRO VIDA





SEMANA 6-10 MAYO-2024

ENTREGA DE PLAN CASERO A LOS ADULTOS MAYORES





PROGRAMA DE LUDOTERAPIA: JUEGOS DE MESA Y PINTURA









SEMANA 13-17 MAYO 2024

SOCIALIZACION DEL PLAN CASERO DE EJERCICIOS A LOS ADULTOS MAYORES EN CENTRO VIDA







JORNADA DE SALUD EN CENTRO VIDA

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA DEL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN CENTRO VIDA







SEMANA 20-24 MAYO-2024

PROGRAMA DE GIMNASIA DE MANTENIMIENTO CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN CENTRO VIDA





SALIDA LUDICO-CULTURAL AL COMPLEJO HISTORICO DE SAN FRANCISCO: MUSEO DE LA GRAN CONVENCION DE OCAÑA









SEMANA 27-31 MAYO-2024

ENTREGA PLAN CASERO DE EJERCICIOS









ACTIVIDAD DE MUSICOTERAPIA CON EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN CENTRO VIDA





PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
PROGRAMACIÓN MENSUAL DE ACTIVIDADES - FUNDACION IDENTIDAD Y CULTURA



CONVENIO: CENTRO VIDA OCAÑA MUNICIPIO: OCAÑA PERIODO PROGRAMACIÓN: JUNIO 2024

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	FECHA	LUGAR	PARTICIPANTES	RESULTADOS ESPERADOS
GERONTOGIMNASIA	3 AL 7	INSTALACIONES DE CENTRO VIDA	GRUPO DE ADULTOS MAYORES	La gerontogimnasia está compuesta por una batería de ejercicios simples con movimientos suaves y actividad física, Es ideal para que las personas mayores fortalezcan todos los músculos del cuerpo, además para sentirse mejor a través del ejercicio físico y los hábitos saludables. Con ello podemos llevar a cabo una mejora de la capacidad física y motora de la persona.
EVALUACION FISIOTERAPEUTICA DE CONTROL EN VISITA DOMICILIARIA	11 AL 14	BARRIO ASOVIGIRON	ADUTOS MAYORES DEL PROGRAMA	el control de la evaluación en fisioterapia es fundamental para obtener una visión completa de como avanza la condición física de un paciente. A través de la evaluación, podemos identificar los problemas subyacentes, evaluar el progreso del tratamiento y ajustar el plan de atención de manera personalizada.
BAILOTERAPIA	11 AL 14	INSTALACIONES DE CENTRO VIDA	GRUPO DE ADULTOS MAYORES	Uno de nuestros objetivos principales en centro vida para los adultos mayores es mantener y mejorar la salud física, con ayuda de clases de baile. Bailar mejora el estado de ánimo, ayuda a sentirte activo y a desprenderte de tus preocupaciones. Esta dinámica de baile en grupo para adultos mayores de la tercera edad, es un "chute" de energía en toda regla y que los mantiene activos. Disfrutar de las actividades de baile frecuentemente puede convertirse en uno de los consejos de salud que mayor bienestar aportan a las personas mayores toda la vida.
EVALUACION FISIOTERAPEUTICA DE CONTROL EN VISITA DOMICILIARIA	17 AL 21	BARRIO GALAN	ADUTOS MAYORES DEL PROGRAMA	El control de la evaluación en fisioterapia es fundamental para obtener una visión completa de como avanza la condición física de un paciente. A través de la evaluación, podemos identificar los problemas subyacentes, evaluar el progreso del tratamiento y ajustar el plan de atención de manera personalizada.
SALIDA LUDICA-CULTURAL	17 AL 21	INSTALACIONES DE CENTRO VIDA	GRUPO DE ADULTOS MAYORES	Se realizara cine regional, esta actividades enfocadas en la lúdica, favorecen no sólo los aspectos de salud de los adultos mayores en el orden biológico, mental y psíquico, sino que contribuyen a mejorar su calidad de vida, ya que generan espacios de esparcimiento, recreación, y mejoran las interacciones sociales
EVALUACION FISIOTERAPEUTICA DE CONTROL EN VISITA DOMICILIARIA	24 al 28	BARRIO ASOVIGIRON	ADUTOS MAYORES DEL PROGRAMA	El control de la evaluación en fisioterapia es fundamental para obtener una visión completa de como avanza la condición física de un paciente. A través de la evaluación, podemos identificar los problemas subyacentes, evaluar el progreso del tratamiento y ajustar el plan de atención de manera personalizada.
CAMINATA ECOLOGICA	24 al 28	RESERVA NATURAL EN OCAÑA	GRUPO DE ADULTOS MAYORES	Las caminatas ecológicas son una excelente manera de conectarse con la naturaleza y apreciar su belleza. Pasear por senderos naturales y áreas verdes permite a las personas desconectar de la rutina diaria y sumergirse en un ambiente tranquilo y relajante
EVALUACION FISIOTERAPEUTICA DE CONTROL	24 al 28	INSTALACIONES DE CENTRO VIDA	ADUTOS MAYORES DEL PROGRAMA	El control de la evaluación en fisioterapia es fundamental para obtener una visión completa de como avanza la condición física de un paciente. A través de la evaluación, podemos identificar los problemas subyacentes, evaluar el progreso del tratamiento y ajustar el plan de atención de manera personalizada.

NOMBRE: ANA MILENA PAEZ

FIRMA

Formato A-008

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA



Nombre del Contratista:	**ANA MILENA PAEZ VERGEL**	FECHA		
Cedula de Ciudadanía:	**37.338.996**			
Contrato No.	**003**	2024	5	31
Pago No.	**2**	AA	MM	DD

OBJETO: Prestar por mis propios medios y con plena autonomía y presupuestal, los servicios como fisioterapeuta dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas en el contrato

En calidad de supervisor del contrato anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas. Igualmente certifico que el Contratista dió cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, y cumplió con los aportes a salud, pensión y ARL.

Por lo anterior, autorizo el pago de la cuenta de cobro No.02, por valor de UN MILLON **DE PESOS M/CTE ($ 1.000.000,oo)**, suma que deberá consignarse en la cuenta de ANA MILENA PAEZ, número 0865168793 del banco BBVA.

_____

FIRMA SUPERVISOR
NERY CARREÑO SANCHEZ

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Blanca Luna Edad: 81 Sexo: F
EstadoCivil Viuda Ocupacion: Ama de casa Telefono
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Ruiz

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Columna Cervicodorsal

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
FUERZA MUSCULAR		D	I		D	I
	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
RANGO DEL MOVIMIENTO		D	I		D	I
	HOMBRO	RN	RN	CADERA	RN	RN
	CODO	RN	RN	RODILLA	RN	RN
	MUÑECA	RN	RN	TOBILLO	RN	RN
	DEDOS	RN	RN			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Miguel Jacome. Edad: _____ Sexo: _____
EstadoCivil Soltero Ocupacion: Sin Ocupación Telefono _____
Fisioterapeuta Tratante: Dra Milena Paz

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1 x	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Disminución del dolor en columna lumbar.

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
FUERZA MUSCULAR		D	I		D	I
	HOMBRO	3+	3+	CADERA	3+	3+
	CODO	3+	3+	RODILLA	3+	3+
	MUÑECA	3+	3+	TOBILLO	3+	3+
	DEDOS	3+	3+			
RANGO DEL MOVIMIENTO		D	I		D	I
	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO		
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Emilia Jerome Edad: 91 Sexo: F
EstadoCivil Viuda Ocupacion: Ama de casa Telefono 3214825722
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Poez

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Disminución del dolor en columna lumbar

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	2	2
	CODO	3	3	RODILLA	2	2
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RW	RW	CADERA	limitado	limitado
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Esteban Pinzon Edad: 69 Sexo: M
EstadoCivil casado Ocupacion: Sin Ocupación Telefono 3208134084
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Pinzon U

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5 X	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
miembros inferiores

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	3	3	CADERA	limitado	limitado
	CODO	3	3	RODILLA		
	MUÑECA	3	3	TOBILLO		
	DEDOS	3	3			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: [illegible] Edad: 65 Sexo: M
EstadoCivil [illegible] Ocupacion: Agricultor Telefono
Fisioterapeuta Tratante: [illegible]

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:

No refiere

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3+	3+	CADERA	3+	3+
	CODO	3+	3+	RODILLA	3+	3+
	MUÑECA	3+	3+	TOBILLO	3+	3+
	DEDOS	3+	3+			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Angel Duran Edad: 79 Sexo: M
EstadoCivil casado Ocupacion: Agricultor Telefono
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Pava U.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Irradiación del dolor en el miembro inferior derecho

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Virgenia Blanco Edad: 86 Sexo: F
EstadoCivil casada Ocupacion: Ama de casa Telefono 3108346084
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Páez

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Disminución del edema en miembros inferiores

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
FUERZA MUSCULAR		D	I		D	I
	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
RANGO DEL MOVIMIENTO		D	I		D	I
	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO		
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Jose de Dios Galvan Edad: 61 Sexo: M
EstadoCivil Soltero Ocupacion: Sin Ocupación Telefono 314 6174044
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Poveda.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4 X	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Columna cervical, hombro derecho.

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )
movilidad del hombro

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3+	3+	CADERA	3+	3+
	CODO	3+	3+	RODILLA	3+	3+
	MUÑECA	3+	3+	TOBILLO	3+	3+
	DEDOS	3+	3+			
RANGO DEL MOVIMIENTO		D	I		D	I
	HOMBRO	limitado	RN	CADERA	RN	RN
	CODO	RN	RN	RODILLA	RN	RN
	MUÑECA	RN	RN	TOBILLO	RN	RN
	DEDOS	RN	RN			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Pedro Moreno Edad: 74 Sexo: M.
EstadoCivil Soltero Ocupacion: Sin Ocupación Telefono 3116003179
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Paez

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Sin dolor

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
FUERZA	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
MUSCULAR	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
	HOMBRO	RW	RW	CADERA	limitado	
RANGO DEL	CODO	RW	RW	RODILLA	limitado	
MOVIMIENTO	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	limitado	
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Ivy Maria Tovar Edad: _____ Sexo: F
EstadoCivil Viuda Ocupacion: Ama de casa Telefono 3209520832
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Paez

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
No refiere dolor

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Carmen Lopez Edad: _____ Sexo: F
EstadoCivil Soltera Ocupacion: Ama de casa Telefono _____
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Paez

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Miembro inferior izquierdo

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo (x) Actividad (x) Después De Actividad ( )
Durante la marcha.

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
FUERZA MUSCULAR		D	I		D	I
	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
RANGO DEL MOVIMIENTO		D	I		D	I
	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Olinta García Edad: _____ Sexo: F
EstadoCivil Soltera Ocupacion: Ama de casa Telefono 3224336353
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Páez U.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Disminución del dolor en miembro inferior izquierdo.

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	**MMSS**			**MMII**		
		D	**I**		**D**	**I**
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
RANGO DEL MOVIMIENTO		**D**	**I**		**D**	**I**
	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	limitado
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	limitado
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	limitado
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Henry Serrano Edad: _____ Sexo: M
EstadoCivil Soltero Ocupacion: Sin Ocupación Telefono 3107651982
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Paez

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3 x	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Columna dorsal

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	**MMSS**			**MMII**		
FUERZA MUSCULAR		**D**	**I**		**D**	**I**
	HOMBRO	2	2	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
RANGO DEL MOVIMIENTO		**D**	**I**		**D**	**I**
	HOMBRO	RN	RN	CADERA	RN	RN
	CODO	RN	RN	RODILLA	RN	RN
	MUÑECA	RN	RN	TOBILLO	RN	RN
	DEDOS	RN	RN			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Alfredo Serrano Edad: _____ Sexo: M
EstadoCivil Soltero Ocupacion: Sin Ocupación Telefono 3107675169
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Lopez U.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
No refiere

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	**MMSS**			**MMII**		
		D	**I**		**D**	**I**
	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
FUERZA	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
MUSCULAR	DEDOS	3	3			
		D	**I**		**D**	**I**
	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
RANGO DEL	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
MOVIMIENTO	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Jose de Jesus rasellez Edad: 77 Sexo: M.
EstadoCivil Casado Ocupacion: Reciclador. Telefono
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Paez

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Columna lumbar

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo (N) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Ines Ruiz Edad: _____ Sexo: F
EstadoCivil Viuda Ocupacion: Sin Ocupación Telefono _____
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Paez U.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
NO refiere

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	**MMSS**			**MMII**		
		D	**I**		**D**	**I**
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
RANGO DEL MOVIMIENTO		**D**	**I**		**D**	**I**
	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Ramon Angarita Edad: 87 Sexo: F.
EstadoCivil Viuda Ocupacion: Sin ocupación Telefono
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Paez U.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4 X	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Columna dorsal

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad (x) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Mary Nuarte Edad: 73 Sexo: F.
EstadoCivil viuda Ocupacion: Ama de casa Telefono 3011332947
Fisioterapeuta Tratante:

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5 X	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Hombros, miembro inferior izquierdo.

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad (X) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RN	RN	CADERA	RN	RN
	CODO	RN	RN	RODILLA	RN	RN
	MUÑECA	RN	RN	TOBILLO	RN	RN
	DEDOS	RN	RN			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Rufina Rojas Galvis Edad: 85 Sexo: F
EstadoCivil Viuda Ocupacion: Ama de casa Telefono 3104427892
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Lopez U.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4 X	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Columna, Rodillas, Codos

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	**MMSS**			**MMII**		
		D	**I**		**D**	**I**
	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
FUERZA	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
MUSCULAR	DEDOS	3	3			
		D	**I**		**D**	**I**
	HOMBRO	RW	limitado	CADERA	RW	RW
RANGO DEL	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
MOVIMIENTO	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: familia pallares Edad: 76 Sexo: F
EstadoCivil viuda Ocupacion: Ama de casa Telefono 3134357183
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Pérez U

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5 X	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Disminución del dolor en miembros inferiores

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	FW	FW	CADERA	FW	FW
	CODO	FW	FW	RODILLA	FW	FW
	MUÑECA	FW	FW	TOBILLO	FW	FW
	DEDOS	FW	FW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Leonor Lemus. Edad: 78 Sexo: F.
EstadoCivil Casada Ocupacion: ama de casa Telefono
Fisioterapeuta Tratante:

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Columna cervical, Rodilla izquierda

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
		3	3			
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	Rango normal	Rango N.	CADERA	Rango N.	Rango N.
	CODO	Rango normal	Rango N.	RODILLA	Rango N.	Rango N.
	MUÑECA	Rango normal	Rango N.	TOBILLO	Rango N.	Rango N.
	DEDOS					

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Ana Rosa Prieto Edad: 77 Sexo: F
EstadoCivil Soltera Ocupacion: Sin ocupación Telefono
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Ortiz U.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Miembro inferior Derecho.

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )
Durante la marcha

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RN	RN	CADERA	limitado	RN
	CODO	RN	RN	RODILLA	limitado	RN
	MUÑECA	RN	RN	TOBILLO	RN	RN
	DEDOS	RN	RN			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Rosa Maria Prado Edad: 80 Sexo: F
EstadoCivil Soltera Ocupacion: Sin Ocupación Telefono
Fisioterapeuta Tratante: Ana Mireya Ruiz

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
MS Derecho

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	2	2	CADERA	3	3
	CODO	2	2	RODILLA	3	3
	MUÑECA	2	2	TOBILLO	3	3
	DEDOS	2	2			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	limitado	limitado	CADERA	limitado	limitado
	CODO	limitado	limitado	RODILLA	limitado	limitado
	MUÑECA	limitado	limitado	TOBILLO	limitado	limitado
	DEDOS	limitado	limitado			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Carmen Cecilia Prada Edad: 63 Sexo: F
EstadoCivil Soltera Ocupacion: Recicladora Telefono
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Páez U.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Columna dorsolumbar

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
FUERZA MUSCULAR		D	I		D	I
	HOMBRO	3+	3+	CADERA	3+	3+
	CODO	3+	3+	RODILLA	3+	3+
	MUÑECA	3+	3+	TOBILLO	3+	3+
	DEDOS	3+	3+			
RANGO DEL MOVIMIENTO		D	I		D	I
	HOMBRO	RN	RN	CADERA	RN	RN
	CODO	RN	RN	RODILLA	RN	RN
	MUÑECA	RN	RN	TOBILLO	RN	RN
	DEDOS	RN	RN			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Carmen Rosa Tuto Edad: _____ Sexo: _____
EstadoCivil Viuda Ocupacion: Sin Ocupación Telefono 3212294142
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Ruiz

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
no refiere

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	2	2
	CODO	3	3	RODILLA	2	2
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	2	2
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RV	RV	CADERA	limitado	limitado
	CODO	RV	RV	RODILLA	limitado	limitado
	MUÑECA	RV	RV	TOBILLO	RV	
	DEDOS	RV	RV			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Luis Alfredo Solorzano Edad: _____ Sexo: M
EstadoCivil Soltero Ocupacion: Sin Ocupación Telefono 3157814080
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Ruiz

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Disminución del dolor en abdomen.

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	2	2
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RV	RV	CADERA	limitado	limitado
	CODO	RV	RV	RODILLA	RV	RV
	MUÑECA	RV	RV	TOBILLO	RV	RV
	DEDOS	RV	RV			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Andres [illegible] Edad: _____ Sexo: M
EstadoCivil Soltero Ocupacion: Sin Ocupación Telefono 3124741042
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Páez

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
No Refiere

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Emilio Navarro Edad: _____ Sexo: M
EstadoCivil Soltero Ocupacion: Sin ocupación Telefono 312424 1042
Fisioterapeuta Tratante: Ana María Díaz U.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Ausencia del dolor

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	**MMSS**			**MMII**		
		D	**I**		**D**	**I**
	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
FUERZA MUSCULAR	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	**I**		**D**	**I**
	HOMBRO	RN	RN	CADERA	RN	RN
RANGO DEL MOVIMIENTO	CODO	RN	RN	RODILLA	RN	RN
	MUÑECA	RN	RN	TOBILLO	RN	RN
	DEDOS	RN	RN			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Carlos Julio Navarro Edad: _____ Sexo: M
EstadoCivil Soltero Ocupacion: Sin Ocupación Telefono 3124241442
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Ruiz V.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
no refiere

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Emilia Maria Peiry Edad: _____ Sexo: F
EstadoCivil Viuda Ocupacion: Ama de casa Telefono _____
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Pava

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
NO Refiere

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RN	RN	CADERA	RN	RN
	CODO	RN	RN	RODILLA	RN	RN
	MUÑECA	RN	RN	TOBILLO	RN	RN
	DEDOS	RN	RN			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Isidro Mendez Edad: 86 Sexo: M
EstadoCivil Viudo Ocupacion: Agricultor Telefono 3017897714
Fisioterapeuta Tratante: Adan Mikeas Perez.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			X						

Zona De Dolor:
Por sintomas del Nivel Lumbar

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3+	3+	CADERA	3+	3+
	CODO	3+	3+	RODILLA	3+	3+
	MUÑECA	3+	3+	TOBILLO	3+	3+
	DEDOS	3+	3+			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RN	RN	CADERA	RN	RN
	CODO	RN	RN	RODILLA	RN	RN
	MUÑECA	RN	RN	TOBILLO	RN	RN
	DEDOS	RN	RN			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Edwin Perez Barbosa Edad: _____ Sexo: H
EstadoCivil Soltero Ocupacion: Vendedor Telefono 3229091007
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Ortiz

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Brazo izquierdo

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RN	limitado	CADERA	RN	RN
	CODO	RN	limitado	RODILLA	RN	RN
	MUÑECA	RN	RN	TOBILLO	RN	RN
	DEDOS	RN	RN			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Ana Consuelo Edad: 76 Sexo: F.
EstadoCivil Divorciada Ocupacion: Sin Ocupacion. Telefono 301 2033001
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Paez

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Mitad inferior izquierda

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Ana Esth. Sanchez Edad: 61 Sexo: F
EstadoCivil casada Ocupacion: Ama de casa Telefono 3233773557
Fisioterapeuta Tratante: Ana. Milena Poca.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Disminución del dolor en columna dorsolumbar

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3+	3+	CADERA	3+	3+
	CODO	3+	3+	RODILLA	3+	3+
	MUÑECA	3+	3+	TOBILLO	3+	3+
	DEDOS	3+	3+			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Juana Bolaguera Edad: 79 Sexo: F
EstadoCivil Soltera Ocupacion: Ama de casa Telefono
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Paez U.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Columna cervical, Dedos de la mano

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Arnulfo Acosta Edad: 76 Sexo: M
EstadoCivil viudo Ocupacion: oficios varios Telefono 321 513 5426
Fisioterapeuta Tratante: Dra Milena Paez U.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
no refiere

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3+	3+	CADERA	3+	3+
	CODO	3+	3+	RODILLA	3+	3+
	MUÑECA	3+	3+	TOBILLO	3+	3+
	DEDOS	3+	3+			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Carmen Posada Edad: 79 Sexo: M
EstadoCivil Casada Ocupacion: Sin Ocupación Telefono 3133004236
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Pacheco.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Refiere disminución del dolor en columna dorsolumbar.

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RW	RW	CADERA	RW	RW
	CODO	RW	RW	RODILLA	RW	RW
	MUÑECA	RW	RW	TOBILLO	RW	RW
	DEDOS	RW	RW			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Olinto [illegible] Edad: 76 Sexo: M
EstadoCivil Casado Ocupacion: Sin ocupación Telefono 3146875878
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Post U.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4 x	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Disminución del dolor en el miembro superior derecho

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	2-	2	CADERA	3	3
	CODO	2	2	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	limitado	RN	CADERA	RN	RN
	CODO	limitado	RN	RODILLA	RN	RN
	MUÑECA	RN	RN	TOBILLO	RN	RN
	DEDOS	RN	RN			

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: Alvaro feliz Edad: 85 Sexo: M.
EstadoCivil Separado Ocupacion: Sin Ocupación. Telefono 3117780174
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Paez J.

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Refiere extremo del dolor.

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	2	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	Rango normal	Rango N.	CADERA	Rango N.	Rango N
	CODO	Rango N.	Rango N	RODILLA	Rango N	Rango N
	MUÑECA	Rango N.	Rango N	TOBILLO	Rango N.	Rango N.
	DEDOS	Rango N.				

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
FICHA DE CONTROL EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA
FUNDACION IC-IDENTIDAD Y CULTURA



1. Anamnesis:

Datos Personales

Nombre: luz continuo Edad: _____ Sexo: F
EstadoCivil Viudo Ocupacion: Agricultor Telefono 3129066954
Fisioterapeuta Tratante: Ana Milena Pira

2.Evaluación Del Dolor:

Intensidad: Escala Visual Analógica: Eva; Sin Dolor Es 0, Pero Dolor Posible Es 10

1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10

Zona De Dolor:
Disminución del dolor en columna lumbar

Presente en: (Especificar): Palpación ( ) Movilización ( ) Referido ( )

Durante: Reposo ( ) Actividad ( ) Después De Actividad ( )

3.

EVALUACION	MMSS			MMII		
		D	I		D	I
FUERZA MUSCULAR	HOMBRO	3	3	CADERA	3	3
	CODO	3	3	RODILLA	3	3
	MUÑECA	3	3	TOBILLO	3	3
	DEDOS	3	3			
		D	I		D	I
RANGO DEL MOVIMIENTO	HOMBRO	RN	RN	CADERA	RN	RN
	CODO	RN	RN	RODILLA	RN	RN
	MUÑECA	RN	RN	TOBILLO	RN	RN
	DEDOS					

INFORME DE ACTIVIDADES NUTRICION



PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 002

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Contratista	TATIANA TORCOROMA CARDENAS LANZZIANO
Cedula de Ciudadanía	37.339.221
Número del Contrato	005 de 2024
Objeto del contrato:	Prestar por mis propios medios y con plena autonomía y presupuestal, los servicios como NUTRICIONISTA DIETISTA a los adultos mayores inscritos en Centro Vida Ocaña, dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas en el contrato.
Período de este informe:	01 AL 30 de mayo del año 2024

2. INFORME DETALLADO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
Experiencia o formación específica en nutrición para personas mayores.	Solicitar acompañamiento y valoración de los adultos mayores al equipo de promoción de salud del HEQC Acompañar a la jornada de valoración médica y odontológica del adulto mayor
Conocimiento de las necesidades dietéticas y nutricionales particulares de este grupo de población.	Entrevista con cada adulto mayor beneficiario para conocer su estado de salud física y nutricional, así como sus preferencias en alimentación Educación nutricional a los adultos mayores para los cambios en la alimentación que se darán teniendo en cuenta las patologías asociadas diagnosticadas en la jornada de salud
Capacidad para diseñar planes de alimentación adaptados a las necesidades individuales y condiciones médicas de los residentes.	Diseño de planes de alimentación teniendo en cuenta las patologías asociadas diagnosticadas en la jornada de salud.



OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
Conocimientos sobre regulaciones y estándares de higiene alimentaria en entornos de cuidados para personas mayores.	Se realiza educación a manipuladora de alimentos del servicio de alimentación sobre prácticas básicas de higiene en el proceso de elaboración, servido y distribución de alimentos. Elaboración de formatos para el diligenciamiento en el servicio de alimentación y en todos los procesos de higiene del CENTRO VIDA
Asistir al CENTRO VIDA los viernes de 07:00 am a 02:00 pm, para desarrollar actividades propias de su cargo con los abuelos presentes.	Acompañamiento al desarrollo de diversas actividades realizadas durante el mes de mayo.
Asistir a las reuniones programadas por la coordinación del proyecto.	Se asiste a las reuniones programadas por coordinación en los momentos necesarios con el objeto de recibir formación sobre el programa a desarrollar y los informes a realizarse mensualmente

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL SUPERVISOR

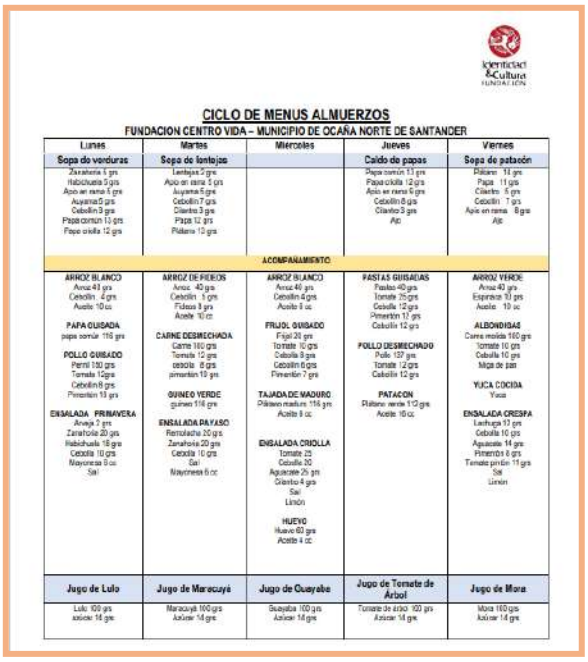
Firma Contratista
Nombre: TATIANA CARDENAS LANZIANO
C.C No. 37339221 DE OCAÑA N. DE .S

Firma Supervisor
Nombre: NERY CARREÑO SÁNCHEZ
C.C No 37.331.842 DE OCAÑA



EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS.

Experiencia o formación específica en nutrición para personas mayores.



CICLO DE MENUS ALMUERZOS

FUNDACION CENTRO VIDA – MUNICIPIO DE OCAÑA NORTE DE SANTANDER

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
Sopa de verduras	Sopa de lentejas		Caldo de papas	Sopa de patacón
Zanahoria 5 grs Habichuela 5 grs Apio en rama 5 grs Auyama 5 grs Cebollin 3 grs Papa comun 13 grs Papa criolla 12 grs	Lentejas 7 grs Apio en rama 5 grs Auyama 5 grs Cebollin 7 grs Cilantro 3 grs Papa 12 grs Platano 10 grs		Papa comun 13 grs Papa criolla 12 grs Apio en rama 5 grs Cebollin 8 grs Cilantro 3 grs Ajo	Platano 11 grs Papa 11 grs Cilantro 5 grs Cebollin 7 grs Apio en rama 8 grs Ajo
ACOMPAÑAMIENTO				
ARROZ BLANCO Arroz 43 grs Cebollin 4 grs Aceite 10 cc PAPA GUISADA papa comun 116 grs POLLO GUISADO Pernil 130 grs Tomate 12grs Cebollin 8 grs Pimentón 10 grs ENSALADA PRIMAVERA Arveja 7 grs Zanahoria 20 grs Habichuela 18 grs Cebolla 10 grs Mayonesa 8 cc Sal	ARROZ DE FRIJOLS Arroz 40 grs Cebollin 3 grs Fideos 8 grs Aceite 10 cc CARNE DESMECHADA Carne 160 grs Tomate 12 grs cebolla 8 grs pimentón 10 grs GUINEO VERDE guineo 116 grs ENSALADA PAYASO Remolacha 20 grs Zanahoria 20 grs Cebolla 10 grs Sal Mayonesa 8 cc	ARROZ BLANCO Arroz 40 grs Cebollin 4 grs Aceite 8 cc FRIJOL GUISADO Frijol 26 grs Tomate 10 grs Cebolla 8 grs Cebollin 6 grs Pimentón 7 grs TAJADA DE MADURO Platano maduro 116 grs Aceite 8 cc ENSALADA CRIOLLA Tomate 25 Cebolla 20 Aguacate 25 grs Cilantro 4 grs Sal Limón HUEVO Huevo 60 grs Aceite 4 cc	PASTAS GUISADAS Pastas 40 grs Tomate 75 grs Cebolla 12 grs Pimentón 12 grs Cebollin 12 grs POLLO DESMECHADO Pollo 137 grs Tomate 12 grs Cebollin 12 grs PATACON Platano verde 1/2 grs Aceite 16 cc	ARROZ VERDE Arroz 40 grs Espinaca 10 grs Aceite 10 cc ALBONDIGAS Carne molida 160 grs Tomate 10 grs Cebolla 10 grs Miga de pan YUCA COCIDA Yuca ENSALADA CRESPA Lechuga 10 grs Cebolla 10 grs Aguacate 14 grs Pimentón 8 grs Tomate pinton 15 grs Sal Limón
Jugo de Lulo	Jugo de Maracuyá	Jugo de Guayaba	Jugo de Tomate de Árbol	Jugo de Mora
Lulo 100 grs azucar 14 grs	Maracuyá 160 grs Azúcar 14 grs	Guayaba 100 grs Azúcar 14 grs	Tomate de árbol 100 grs Azúcar 14 grs	Mora 160 grs Azúcar 14 grs



CICLO DE MENUS DESAYUNOS SEMANA 1

FUNDACION CENTRO VIDA – MUNICIPIO DE OCAÑA NORTE DE SANTANDER

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DESAYUNO					
CALDO DE HUEVO CON GALLETAS GALLETAS DE SODA	MADURO COCIDO CON QUESO	CALDO DE POLLO CON AREPA DE	PAN BLANCO CON HUEVOS PERICOS	CALDO DE CARNE CON AREPA DE MAIZ	AREPA DE MAIZ CON HUEVOS CAMPESINOS
REFRIGERIO MEDIA MAÑANA SEMANA 1					
Porción de papaya	Porción de melón	Porción de banano	Porción de sandia	Porción de Naranja	Porcion de papaya
REFRIGERIO MEDIA TARDE SEMANA 1					
COLADA EN LECHE CON PAN	YOGURT CON GALLETAS	ENSALADA DE FRUTAS	AVENA EN LECHE CON GALLETAS	GELATINA	ARROZ DE DULCE

CICLO DE MENUS DESAYUNOS SEMANA 2

FUNDACION CENTRO VIDA – MUNICIPIO DE OCAÑA NORTE DE SANTANDER

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DESAYUNO					
AREPA DE MAIZ HUEVO CON CEBOLLIN	AREPA DE MAIZ RELLENA DE QUESO	BOLLOS ALIÑADOS CON HUEVOS PERICOS	PAN OCAÑERO CON QUESO	AREPA DE MAIZ RELLENA DE HUEVOS CAMPESINOS	HAYACAS DE POLLO
REFRIGERIO MEDIA MAÑANA SEMANA 1					
Porción de mandarinas	Porción de banano	Porcion de sandia	Porción de papaya	Porcion de melon	Porción de naranja
REFRIGERIO MEDIA TARDE SEMANA 1					
GELATINA	AVENA CON PAN CASCARITA	KUMIS CON GALLETAS	CAFÉ CON LECHE CON PORCION DE TORTA	CHOCOLATE CON PAN OCAÑERO	GELATINA

Conocimiento de las necesidades dietéticas y nutricionales particulares de este grupo de población.









Capacidad para diseñar planes de alimentación adaptados a las necesidades individuales y condiciones médicas de los residentes.

Conocimientos sobre regulaciones y estándares de higiene alimentaria en entornos de cuidados para personas mayores.







Asistir al CENTRO VIDA los viernes de 07:00 am a 02:00 pm, para desarrollar actividades propias de su cargo con los abuelos presentes.

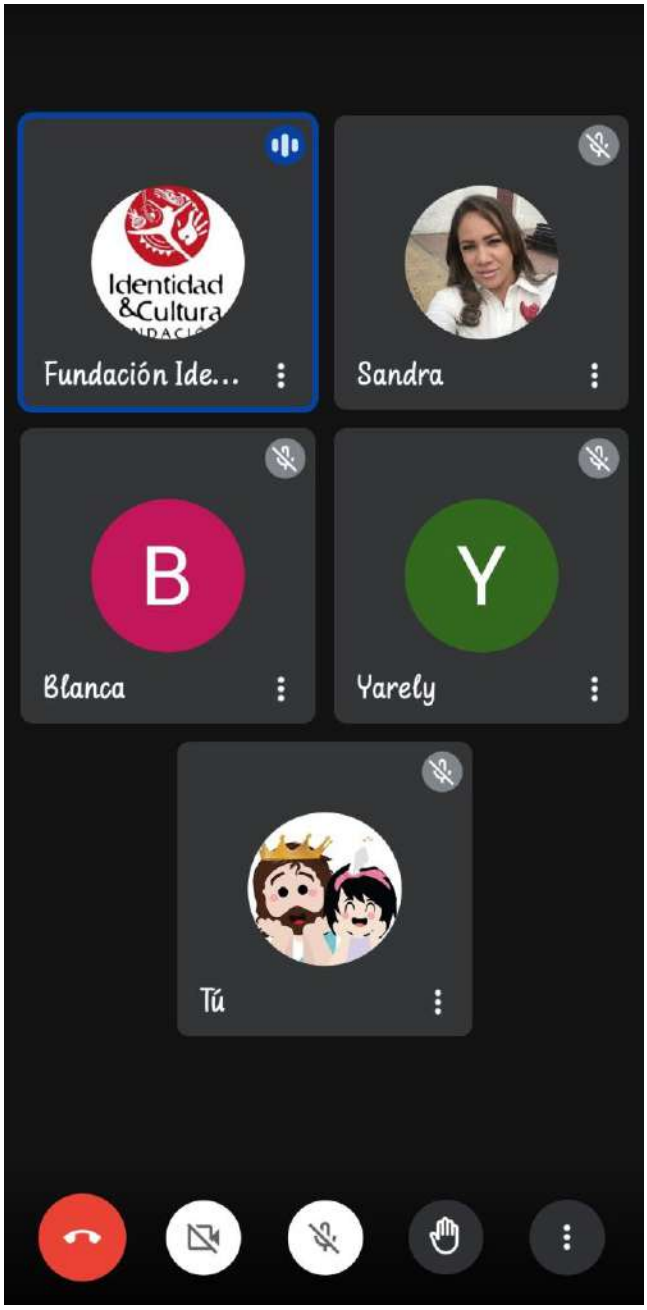


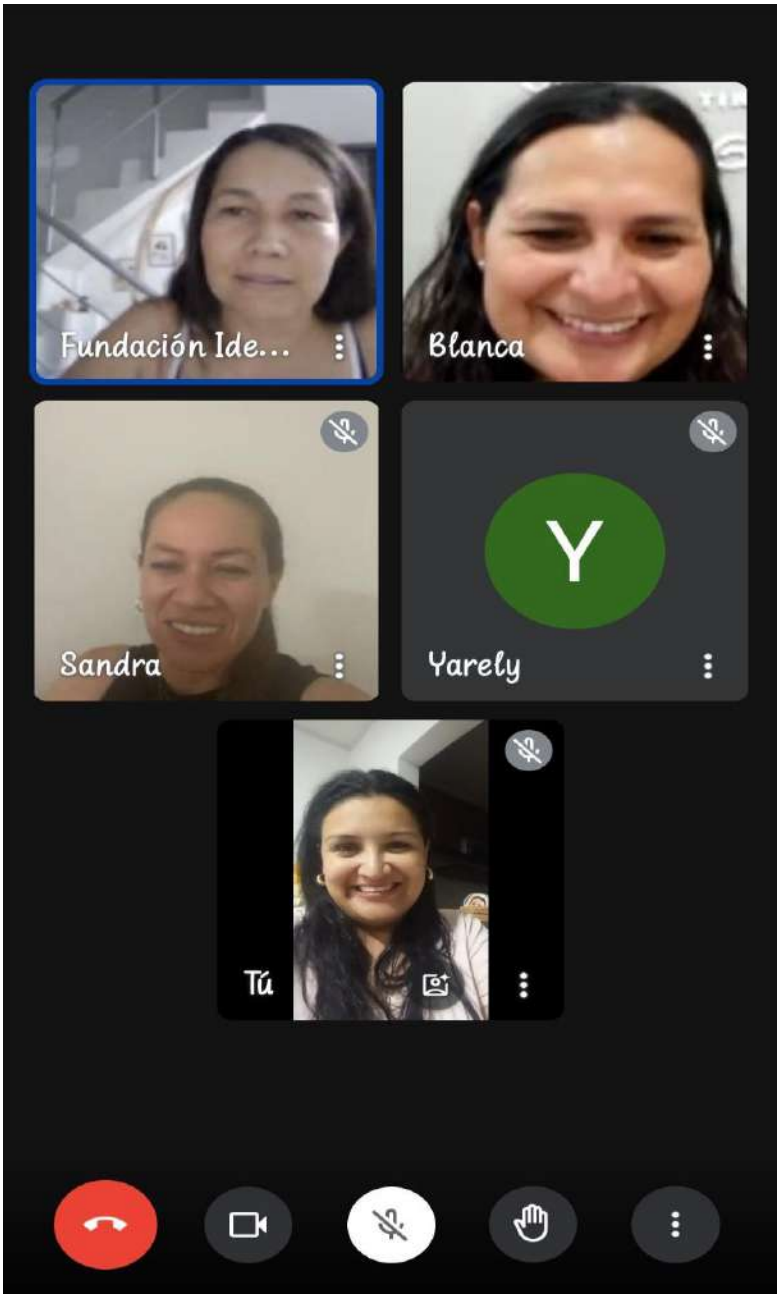






Asistir a las reuniones programadas por la coordinación del proyecto.





PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
PROGRAMACIÓN MENSUAL DE ACTIVIDADES - FUNDACION IDENTIDAD Y CULTURA



CONVENIO: CENTRO VIDA OCAÑA MUNICIPIO: OCAÑA PERIODO PROGRAMACIÓN: JUNIO 2024

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	FECHA	LUGAR	PARTICIPANTES	RESULTADOS ESPERADOS
Experiencia o formación específica en nutrición para personas mayores.	JUNIO	VISITAS DOMICILIARIAS / CENTRO VIDA	ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS / PROFESIONAL EN SALUD Y NUTRICION	BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO Y RECOMENDACIONES A LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA
Conocimiento de las necesidades dietéticas y nutricionales particulares de este grupo de población.	DEL 10 AL 21 DE JUNIO	VISITAS DOMICILIARIAS / CENTRO VIDA	ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS / PROFESIONAL EN SALUD Y NUTRICION	REALIZAR ADECUACIONES A LOS CICLOS DE MENU DEL CENTRO VIDA TENIENDO EN CUENTA LOS DIAGNOSTICOS MEDICOS DE LA POBLACION BENEFICIARIA
Capacidad para diseñar planes de alimentación adaptados a las necesidades individuales y condiciones médicas de los residentes.	DEL 10 AL 21 DE JUNIO	VISITAS DOMICILIARIAS / CENTRO VIDA	ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS / PROFESIONAL EN SALUD Y NUTRICION	REALIZAR RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DE ACUERDO A LAS PATOLOGIAS DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICARIOS DEL CENTRO VIDA
Conocimientos sobre regulaciones y estándares de higiene alimentaria en entornos de cuidados para personas mayores.	3 AL 07 DE JUNIO	CENTRO VIDA	MANIPULADOR DE ALIMENTO /SERVICIOS GENERALES Y PROFESIONAL EN NUTRICION	REALIZAR CAPACITACION SOBRE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA (BPM) EN EL SERVICIO DE ALIMENTACION A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS Y ENCARGADA DE SERVICIOS GENERALES
Asistir al CENTRO VIDA los viernes de 07:00 am a 02:00 pm, para desarrollar actividades propias de su cargo con los abuelos presentes.	7, 14, 21, 28 DE JUNIO	CENTRO VIDA	PROFESIONAL EN NUTRICION	BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO LOS DIAS VIERNES A LA POBLACION ADULTA MAYOR BENEFICIARIA DEL CENTRO VIDA, CREADNO ACTIVIDADES LUDICO EDUCATIVAS QUE LE AYUDEN EN LA COMPRENSION DE TEMAS NUTRICIONALES Y DE MEMORIA
Asistir a las reuniones programadas por la coordinación del proyecto.	JUNIO	CENTRO VIDA	EQUIPO INTERDISCIPLIANRIO CENTRO VIDA	ASISTIR OPORTUNAMENTE A LAS REUNIONES PROGRAMADAS POR EL COORDINADOR DEL CONTRATO 2024

NOMBRE: TATIANA TORCOROMA CARDENAS LANZZIANO

FIRMA

Formato A-008

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA



Nombre del Contratista:	**TATIANA T. CARDENAS LANZZIANO**	FECHA		
Cedula de Ciudadanía:	**37.339.221**			
Contrato No.	**005**	2024	6	2
Pago No.	**2**	AA	MM	DD

OBJETO: Prestar por mis propios medios y con plena autonomía y presupuestal, los servicios como NUTRICIONISTA DIETISTA a los adultos mayores inscritos en Centro Vida Ocaña, dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas en el contrato.

En calidad de supervisor del contrato anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas. Igualmente certifico que el Contratista dió cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, y cumplió con los aportes a salud, pensión y ARL.

Por lo anterior, autorizo el pago de la cuenta de cobro No. 002, por valor de **UN MILLON DE PESOS M/CTE ($ 1.000.000)**, suma que deberá consignarse en la cuenta de Ahorros número 24134010494 del banco CAJA SOCIAL .

Nery Carreño Sanchez.

FIRMA SUPERVISOR
NERY CARREÑO SANCHEZ

HTA

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Ana Ester Sanchez.

No DE DOCUMENTO: 37'313.875 CONTROL NTC No 2

EDAD: 66 EPS: Comfaoriente.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personales: HTA.
Familiares: Niega

PLAN NUTRICIONAL:

Femenina de 66 años de edad con diagnostico de hipertension en control con TD farmacologico Beneficiaria que tiene Conocimiento de la importancia de la disminucion del Consumo de sal.
Evitar preparaciones fritas, aumentar Consumo de frutas y verduras

CONTROL NUTRICIONAL

Control 30 dias

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Andres Navarro Navarro.

No DE DOCUMENTO: 5'443.617 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 76 EPS: Comfaoriente.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personales: HTA mal controlado.

Familiares: DM2 - ACV.

PLAN NUTRICIONAL:

Dieta hiposodica. Pendiente Valoración por N y D con su EPS. Pendiente examenes de laboratorio para mejorar plan de alimentación

CONTROL NUTRICIONAL

Control en 30 dias. Con resultados de examenes de laboratorio.

Tatiana Cardenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: ANGEL DAVID DURAN RINCON.

No DE DOCUMENTO: 5'466.626 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 79 EPS: COMFAORIENTE.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

PERSONALES: NIEGA.

FAMILIARES:

PLAN NUTRICIONAL:

Dieta normocalorica - normograsa - normoproteico. IMC adecuado. Pendiente examenes de laboratorio y Rx torax. Electrocardiograma. Riego el paciente Sintomas.

CONTROL NUTRICIONAL

30 dias con examenes de laboratorio

Tatiana Cardenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

(HTA+)

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: ARNULFO ACOSTA AUENOAÑO

No DE DOCUMENTO: 5'459.631 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 76 EPS: Sanitas.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:
Personales: HTA sin control farmacológico.
Familiares: Niego

PLAN NUTRICIONAL:
Dieta hiposodica - hipograsa.
Dieta se restringira con resultado de afinamiento HTA y con resultados de examenes de laboratorio.

CONTROL NUTRICIONAL

Control en 30 dias. con resultados de examenes de laboratorio.

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

(HTA)

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Novoa Peñuela Carlos Julio.

No DE DOCUMENTO: 5'426 337 CONTROL NTC No # 2.

EDAD: 72 EPS: Comfaoriente.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:
Personales: HTA mal Controlada.

PLAN NUTRICIONAL:
Peso adecuado para la talla se recomiendo alimentacion hiposodica. normograso. normocalorica! Pendiente examenes de laboratorio.

CONTROL NUTRICIONAL

Control en 30 dias con resultados de examenes.

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Carmen Cubin Penaranda

No DE DOCUMENTO: 5466626 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 80 EPS: Coosalud

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Cancer.
Hipertiroidismo.

PLAN NUTRICIONAL:

Paciente masculino de 80 años de edad con antecedente personal de ca. Actualmente en tratamiento con medicina especializada se indica alimentacion rica en verduras y frutas, hipoglucida, normoproteica. Realizar actividad fisica 3 v/semana

CONTROL NUTRICIONAL

Control en 30 dias

Tatiana Torcoroma Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: EDUVIN PEREZ BARBOSA.

No DE DOCUMENTO: 13'165.563 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 65. EPS: Coosalud.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

PERSONAL: NIEGA HTA - DM. REFIERE AX de transito y posteriori a el dolor en Espalda.

PLAN NUTRICIONAL:

Dieta Normocalorico. Normograso normo proteica. Alimentacion con 5 tiempos de comido desayuno media mañana, almuerzo - media tarde, cena.
En la medida de sus posibilidades consumir bajo en sal y grasa y realizar actividad fisica.

CONTROL NUTRICIONAL

Control en 30 dias de peso/talla.
PESO: 77 TALLA: 175 IMC: 25.

Tatiana Cardenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FORMATOS DE VALORACION NUTRICIONAL ADULTO MAYOR
FUNDACION CENTRO VIDA - 2024

NOMBRE COMPLETO:	Emilia Rosa Jacome.			No de documento: 27962193	
EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	DIRECCION DE RESIDENCIA		SISBEN	
81	23/03/1943	B. Calán.		SI	NO NIVEL:
CON CUANTAS PERSONAS CONVIVE:		1	2	3	MAYOR A 3
DIAGNOSTICOS MEDICOS					
HTA	DM (diabetes mellitus) X	DLPM	ACV	CANCER	ENF. RENAL
PESO ACTUAL:		TALLA:		DIAGNOSTICO NUTRICIONAL	
ASPECTO NUTRICIONAL: Caquexia					

MARCA CON UNA X LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS				
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	DIARIO	2 VECES POR SEM	3 VECES O MAS	OCASIONAL
CEREALES				
RAICES TUBERCULOS Y PLATANOS				
PROTEINAS				
FRUTAS				
VERDURAS				
LACTEOS				
AZUCARES				
COMIDAS RAPIDAS				
GRASAS				

QUIENES APORTAN PARA LA ALIMENTACION FAMILIAR ?				
EL USUARIO UTILIZA SILLA DE RUEDAS U ELEMENTO PARA CAMINAR Y MANTENER EL EQUILIBRIO	SI	NO ✓	A.V	Cual:
EL USUARIO USA PROTESIS DENTAL?	SI	NO ✓	A.V	Asistencia a odontología :
EL BENEFICIARIO TIENE EL TOTAL DE LOS DIENTES	SI	NO ✓	A.V	Fecha de la última consulta odontológico:
RECIBE ATENCIÓN MEDICA CON ALGÚN ESPECIALISTA	SI	NO ✓	¿POR QUE? NO PUEDE DESPLAZARSE	

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Emilio Peñuela

No DE DOCUMENTO: 77.149.406 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 66 EPS: Comfaoriente.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personales: Disminución de la agudeza visual. pterigión

Familiares: No recuerda.

PLAN NUTRICIONAL:

Dieta Normocalorica - Normoproteica - Normosodica - Normograso. Sin cambios en la alimentación Pendiente examenes de laboratorio.

CONTROL NUTRICIONAL

Control en 30 dias con Resultados de Examenes de Laboratorio.

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura
FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: HEMEL SERRANO PEREZ.

No DE DOCUMENTO: 5458752 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 72. EPS: Sanitas.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:
Psicologicos: Ninguno
personales: catarata bilateral, limitacion para la marcha. Desnutricion.

PLAN NUTRICIONAL:
Dieta Normocalonca. Normograso - Hipercalorica. 5 comidas al dia.
Examenes de Laboratorio adecuados

CONTROL NUTRICIONAL
Control en 30 dias. Para evaluar ganancia de peso y talla. y afinamiento de control arterial.
Se dispondra de enfermero del servicio de centro vida para acompañamiento y autorizacion de examenes. y citas con especialistas.

Tatiana Cardenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura
FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: ISIDRO ANTONIO MENESES M.

No DE DOCUMENTO: 5'025. 464. CONTROL NTC No 2.

EDAD: 76 EPS: Coosalud.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:
Personales: Niega HTA - DM. Cardiopatia? TGC y CI.
Familiares: ACV (Madre). Padre vivo con 97 años.
En control con medicina general y con examenes de laboratorio pendiente. y Rx de Torax

PLAN NUTRICIONAL:
Dieta hiposodica - Hipograsa - Normocalorica. Realizar actividad Fisica leve. Pendiente examenes de laboratorio y Rx de Torax.

CONTROL NUTRICIONAL
Control en 30 dias con examenes de Laboratorio y Rx Torax.

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Ismael Antonio Ruedas P.

No DE DOCUMENTO: 5466.339 CONTROL NTC No 2.

EDAD: _____ EPS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personales: Vertigo y alcoholismo.

PLAN NUTRICIONAL:

Dieta normocalorica - hipograso - aumentar consumo de frutas y verduras. Realizar actividad fisico 3/semana

CONTROL NUTRICIONAL

30 dias. con historia clinica medica y examenes de laboratorio.

Tatiana Lorena Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

NOMBRE COMPLETO: Jose de Dios Codluan

No DE DOCUMENTO: 88.138.908 CONTROL NTC No 2

EDAD: 61 EPS: Comfaoriente.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personal: CO.

PLAN NUTRICIONAL:

Paciente Masculino en Tto Farmacologico para su patologia. Paciente en adecuadas condiciones de salud. NO asiste al Centro Vida, pero se evidencia adecuado estado Se le indica asistir minimo 2 v/semana.

CONTROL NUTRICIONAL

control en 30 dias en Centro Vida

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

(HTA+)

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FORMATOS DE VALORACION NUTRICIONAL ADULTO MAYOR
FUNDACION CENTRO VIDA - 2024

Compañiente.

NOMBRE COMPLETO:	Jose de Jesus Caselles			No de documento: 1'757. 120.	
EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	DIRECCION DE RESIDENCIA		SISBEN	
77.	19/06/	Celinas de la.		SI X	NO NIVEL:
CON CUANTAS PERSONAS CONVIVE:		1 X	2	3	MAYOR A 3
DIAGNOSTICOS MEDICOS					
HTA ✓	DM (diabetes mellitus) NIE	DLPM ✓	ACV	CANCER	ENF. RENAL
PESO ACTUAL:	70.	TALLA:	1.70.	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL	
ASPECTO NUTRICIONAL:					

MARCA CON UNA X LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS				
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	DIARIO	2 VECES POR SEM	3 VECES O MAS	OCASIONAL
CEREALES	✓			
RAICES TUBERCULOS Y PLATANOS	✓			
PROTEINAS	✓			
FRUTAS	✓			
VERDURAS	✓			
LACTEOS		✓		
AZUCARES	✓			
COMIDAS RAPIDAS			✓	
GRASAS	✓			

QUIENES APORTAN PARA LA ALIMENTACION FAMILIAR ?				
EL USUARIO UTILIZA SILLA DE RUEDAS U ELEMENTO PARA CAMINAR Y MANTENER EL EQUILIBRIO	SI	NO ✓	A.V	Cual:
EL USUARIO USA PROTESIS DENTAL?	SI	NO ✓	A.V	Asistencia a odontología :
EL BENEFICIARIO TIENE EL TOTAL DE LOS DIENTES	SI	NO ✓	A.V	Fecha de la última consulta odontológico:
RECIBE ATENCIÓN MEDICA CON ALGÚN ESPECIALISTA	SI	NO ✓	¿POR QUE?	

Tatiana Cardenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Jose de Jesus Caselles

No DE DOCUMENTO: 1757.120 CONTROL NTC No 2

EDAD: 77 EPS: Comfaoriente.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personales: HTA.
Familiares: Madre (Hemorragia).
Padre (Vejez)

PLAN NUTRICIONAL:

Dieta hiposodica. hipograsa.
paciente con dificultad para comer por no tener la totalidad de las dientes se solicitara a la EPS.

CONTROL NUTRICIONAL

Control 30 dias.

Tatiana Cardenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

DM+ HTA⊖ IRC+

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: LEONOR LEMUS DE PEÑARANDA

No DE DOCUMENTO: 27'661.212 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 79 años EPS: Coosalud.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personales: HTA - DM2 - Dislipidemia mixta. ansiedad y depresion. Tumor Espaldar - Hemorroides
Familiares: DM2 - Coronaria.

PLAN NUTRICIONAL:

Cambio de alimentacion. Dieta hipoglucedo. hipograso, normocalorico.
Paciente que refiere depresion por inconveniente familiar con tto psicologico.

CONTROL NUTRICIONAL

Femenina de 79 años con tto farmacologico para patologias mencionados.
Peso: 46 talla 1.49. IMC 20.

Tatiana Cardenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Lucia Balaguera.

No DE DOCUMENTO: 27762828 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 78 EPS: Coosalud.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Beneficiaria que niega antecedentes familiares y personales.

PLAN NUTRICIONAL:

Dieta Normocalorica - normograsa - normoproteica. Se brindan R/daciones nutricionales. dieta baja en fritos. y sal.

CONTROL NUTRICIONAL

30 dias.

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura
FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Luis Contreras Torres.

No DE DOCUMENTO: 1959870 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 98 EPS: Comfaoriente.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personales: Disminucion agudeza visual
Disminucion de movilidad.

Familiares: Niega.

PLAN NUTRICIONAL:

Dieta Normocalorica - Normograsa
con R/daciones de Dieta blanda.

CONTROL NUTRICIONAL

30 dias con Resultado de examenes
de Laboratorio.

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

DM2 HTA

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Luz Maria Torres Argonto.

No DE DOCUMENTO: 37323659 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 67. EPS: Comfonente.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personales: DM2 insulino requiriente HTA y Gastritis

Familiares: DM2. HTA.

PLAN NUTRICIONAL:

Dieta hipoglucida - Hiposodico. Hipograso. Con peso adecuado para la talla. Combio en plan de alimentación

CONTROL NUTRICIONAL

Control en 30 dias con Resultados de examenes de Laboratorio.

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: MIGUEL ANGEL JACOME

No DE DOCUMENTO: 13'361.622 CONTROL NTC No 2

EDAD: 69 EPS: Nueva EPS.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personales: Ptengio.

Familiar: DM2 - HTA.

PLAN NUTRICIONAL:

Dieta Normocalonca. grasa y proteica sin R/daciones nutricionales ya que recibe dieta balanceada en centro Vida. Se le indica realizar Act. Fisica pendiente cita con oftalmología.

CONTROL NUTRICIONAL

30 dias

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

(D)(H)+

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Ninfa Rosa Galvan de Melo.

No DE DOCUMENTO: 27'745.092 CONTROL NTC No 1.

EDAD: 88. EPS: Comfaoriente.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personales: DM - HTA.
Familiar:
Asiste el dia 16/05/24 acompañada de nieto refiere sentir pos vacuna influenza malestar gral, Rinorrea y dolor muscular.

PLAN NUTRICIONAL:
Dieta hiposodica - hipoglucida. Normocalorica.
Sin evidencia de examenes de Laboratorio.
Apetito (+).

CONTROL NUTRICIONAL
Control en 30 dias.

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

HTA+

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: OLINTA MA. GARCIA JAIME

No DE DOCUMENTO: 37319582 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 69 EPS: NUEVA EPS.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personal: HTA con adherencia al tto farmacologico

PLAN NUTRICIONAL:

Dieta hiposodica. Paciente que refiere vivir sola con adherencia a tto farmacologico. Pendiente examenes de laboratorio

CONTROL NUTRICIONAL

30 dias con Resultado de examenes de laboratorio

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

NOMBRE COMPLETO: OLINTO NAVARRO NAVARRO

No DE DOCUMENTO: 12'683.333 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 76 EPS: Sanitas.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

PERSONAL: EPILEPSIA. Fx con Perdida de movilidad de miembro Superior derecho sin cirugia, actualmen con medicamento.
Familiares: EPOC (madre) DM (madre) padre con retropatia por diabetes. Niega DM e HTA.

PLAN NUTRICIONAL:

Masculino de 76 años con diagnostico de Epilepsia en tto con fenitoina sodica de 100 mg, actualmente sin medicación EPS sanitas refiere que esta agotado.

Pcte con dieta normocalonco - Hipograso. Hiposodico normoproteico.

CONTROL NUTRICIONAL

Control con nutricion en 1 mes (30 dias) se Comunicara a oficina de adulto mayor para entrega de Medicamento. FENITOINA SODICA. 100 MG.

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

(DM+) (HTA+)

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: PEDRO ANTONIO ROSAS MOLINA.

No DE DOCUMENTO: 13'477.632. CONTROL NTC No 2.

EDAD: 60 EPS: Sanitas.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personales: HTA - DM2 NO insulino dependiente. Con tto farmacológico

Familiares: DM2 - HTA - ACV.

PLAN NUTRICIONAL:

Dieta Hipoglucido - Hiposodica, normocalorico. paciente refiere adecuado estado de salud, niega síntomas. Peso adecuado

CONTROL NUTRICIONAL

Control en 30 dias: Peso: 65 kg Talla: 165. IMC: 24.

Tatiana Cardenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

HTA +

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Carmen Milena Ropero S.

No DE DOCUMENTO: 27'765.503 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 70 EPS: Comfaoriente.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personales: Hipertension Arterial.

Familiares:

PLAN NUTRICIONAL:

Dieta hiposodica. hipograsa. IMC Sobrepeso. HTA mal controlado. En espera de examenes para cambio de alimentacion.

CONTROL NUTRICIONAL

Control en 30 dias. Con examenes de Laboratorio.

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

DA+

Identidad &Cultura
FUNDACIÓN

FORMATOS DE VALORACION NUTRICIONAL ADULTO MAYOR
FUNDACION CENTRO VIDA - 2024

NOMBRE COMPLETO:	Carmen Mo. Angarita Tbres.			**No de documento:** 37369396.	
EDAD:	**FECHA DE NACIMIENTO:**	**DIRECCION DE RESIDENCIA**		**SISBEN**	
88.	15/05/1936	Santa Clara.		SI	NO NIVEL:
CON CUANTAS PERSONAS CONVIVE:		1	2	3	MAYOR A 3
DIAGNOSTICOS MEDICOS					
HTA ✓	**DM (diabetes mellitus)** ✓	**DLPM**	**ACV**	**CANCER**	**ENF. RENAL**
PESO ACTUAL:		**TALLA:**		**DIAGNOSTICO NUTRICIONAL**	
ASPECTO NUTRICIONAL: Delgadez.					
MARCA CON UNA X LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS					
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS		**DIARIO**	**2 VECES POR SEM**	**3 VECES O MAS**	**OCASIONAL**
CEREALES		✓			
RAICES TUBERCULOS Y PLATANOS		✓			
PROTEINAS		✓			
FRUTAS		✓			
VERDURAS		✓			
LACTEOS		✓			
AZUCARES				✓	
COMIDAS RAPIDAS					✓
GRASAS		✓			
QUIENES APORTAN PARA LA ALIMENTACION FAMILIAR ?					
EL USUARIO UTILIZA SILLA DE RUEDAS U ELEMENTO PARA CAMINAR Y MANTENER EL EQUILIBRIO		SI	NO ✓	A.V	Cual:
EL USUARIO USA PROTESIS DENTAL?		SI ✓	NO	A.V	Asistencia a odontología :
EL BENEFICIARIO TIENE EL TOTAL DE LOS DIENTES		SI	NO ✓	A.V	Fecha de la última consulta odontológico:
RECIBE ATENCIÓN MEDICA CON ALGÚN ESPECIALISTA		SI ✓	NO	¿POR QUE? Cardiología M. Ibteiha.	

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

DAT

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Carmen Mo. Argenta Torres.

No DE DOCUMENTO: 37'369.396 CONTROL NTC No _____

EDAD: 88. EPS: Comfaboriente.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:
Familiar: madre (ca de ovario). Padre (IAM).
Personal: IAM. HTA - DM. Con tto farmacologico para ambas patologias. En tto con medicina Especializada Cardiologia y M. Interna. cada 3 meses.

PLAN NUTRICIONAL:
Dieta hiposodica - Hipoglucida - Normograsa, aumentar Consumo de frutas y verduras.
Actividad fisica.
No se evidencia examenes de Laboratorio.

CONTROL NUTRICIONAL
Control 1 mes. Paciente requiere complementacion NTC. Se indicara Solicitud a la EPS.

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

(101)

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Mary Ocarte de Sanchez

No DE DOCUMENTO: 37865366 CONTROL NTC No 1

EDAD: 74. EPS: Contributivo.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:
Personales: H.T.A IVU. Niega enfermedad tiroidea niega depresion actualmente vive solo.
Antec. familiar: madre Ca de Pulmon.
En control con medico por enfermedad Cronica Farmacologica Losartan Omeprazol Hctziad..
Examenes de Laboratorio pendiente.

PLAN NUTRICIONAL:
Dieta Hiposodica - Hipograsa. Normocalorico. Consumo de frutas y verduras diariamente. Realiza actividad fisica Semanal. (Danza).

CONTROL NUTRICIONAL
Proximo Control mes de Junio. Se brindan Educaciones nutricionales se ajustara plan de alimentacion Hipograso. Rico en frutas y verduras.

(X) Refiere mareo Constante mareamientos.

Tatiana Cardenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Luis Alfredo Salazar Rangel.

No DE DOCUMENTO: 1091593885 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 86 EPS: Comfaoriente.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Familiares: Niega
Personal: Gastritis, Dolor cuadrante sup. derech dolor lumbar, sin atencion medica.

PLAN NUTRICIONAL:

Masculino de 86 años de edad con Dx de Gastritis con delgadez. Actualmente recibe alimentos de Centro vida sin atencion por medicina general, odontologia. Paciente que requiere valoracion medico domiciliario

CONTROL NUTRICIONAL

Control 30 dias

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Pedro Elias Meneses Blanco

No DE DOCUMENTO: 13'250.878 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 74 EPS: Sanitas.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Niega antecedentes familiares y personales.

PLAN NUTRICIONAL:

Sin modificación de la alimentación.
Se brinda fruta y verdura diariamente, se educa en la importancia de la AF 3/sem

CONTROL NUTRICIONAL

30 días

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

HTA?

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Romelia Pallares Corzon.

No DE DOCUMENTO: 37'229.504 CONTROL NTC No 2

EDAD: 76. EPS:

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

HTA.
LLANTO FACIL.

PLAN NUTRICIONAL:

Femenina de 76 años con Dx de HTA. Se le indica la importancia de disminucion Consumo de Sal y preparaciones fritos.
Aumentar Consumo de fruta y verdura.
Realizar AF 3 Sem. moderado de 20 mins.

CONTROL NUTRICIONAL

30 dias.

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: Ulbano Tarazona Navarro

No DE DOCUMENTO: 13373645 CONTROL NTC No 2

EDAD: 61 EPS: Coosalud.

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Ataque Cardiaco y Epileptico. con tto farmacologico

PLAN NUTRICIONAL:

Beneficiario en adecuadas condiciones de salud con capacidades al 100%. Dinamico, lucido con red de apoyo familiar adecuado. Necesidades basicas satisfechas.

CONTROL NUTRICIONAL

No requiere ya que tiene alimentacion balanceada realiza diariamente actividad fisica y tiene NB satisfechas.

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

HTA

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

CONTROL NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO: VIRGELMA BLANCO QUINTERO.

No DE DOCUMENTO: 27'657.220 CONTROL NTC No 2.

EDAD: 86 EPS: Coosalud

ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y MEDICOS:

Personales HTA.
Deficit Visual.

PLAN NUTRICIONAL:

Femenina de 86 años de edad a quien se le indica alimentacion baja en sal y Grasas. Aumentar Consumo de fruta y verdura.

CONTROL NUTRICIONAL

Control 30 dias (Junio).

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

Tatiana Cárdenas Lanziano
Nutricionista Dietista
MND 03094

INFORME DE ACTIVIDADES REPARTIDOR DE ALIMENTOS

mayo 2024



FUNDACION IDENTIDAD Y CULTURA - CENTRO VIDA OCAÑA

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
			EMPACADA DE MERCADOS PARA REALIZAR LA RESPECTIVA ENTREGA A LOS ABUELOS ,ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS ,VILLAPARAISO.	RECOGIDA DE ROPA PARA LAVANDERIA Y ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,.		
6	7	8	9	10	11	12
ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,		
13	14	15	16	17	18	19
ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,		
20	21	22	23	24	25	26
ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,		
27	28	29	30	31		
ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS Y ELEMENTOS DE ASEO -Y MERCADOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS Y ELEMENTOS DE ASEO -Y MERCADOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,	ENTREGA DE ALIMENTOS Y ELEMENTOS DE ASEO -Y MERCADOS A LOS ABUELOS BENEFICIADOS (DESAYUNO,ALMUERZO Y CENA CON SU RESPECTIVO REFRIGERIO) BARRIOS : COLINAS DE LA PROVINCIA, GALAN,ALTOS DEL NORTE,ASOVIGIRON,LOS SAUCES,LOS CRISTALES,VILLAPARAISO,		

Nombre: JAIRO ALONSO VERJEL LAZARO
Cargo: DISTRIBUIDOR DE ALIMENTOS

Calendario mensual de proyecto, en el que se evidencie la realización diaria y detallada de las actividades de cada integrante



PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 002

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Contratista	JAIRO ALONSO VERJEL LAZARO
Cedula de Ciudadanía	88277102
Número del Contrato	002 de 2024
Objeto del contrato:	Prestar por mis propios medios y con plena autonomía y presupuestal, dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades descritas en el contrato como repartidor de alimentos.
Período de este informe:	Del 01 al 30 de mayo del año 2024

2. INFORME DETALLADO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
Entrega oportuna de los componentes alimentación integrados como (desayunos, refrigerio mañana, almuerzo, refrigerio tarde y cena	Se logro entregar de manera oportuna, los alimentos integrados por (desayuno, almuerzo, cena y refrigerios de media mañana y tarde) a los abuelos beneficiados del programa centro vida, de los cuales, un 50% de ellos no asisten a centro vida, cumpliendo así con el objetivo de la entrega de la alimentación.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
	    De igual manera, se realiza la entrega de los útiles de aseo correspondiente al mes de mayo, a todos los beneficiarios del programa, en esta estrega, se les lleva (un champú grande, 4 rollos de papel higiénico, una crema dental grande, jabón de baño, desodorante, detergente grande, cepillo de dientes con su porta cepillo. Otra de las actividades de entrega realizadas a los abuelos que no pueden asistir a centro vida, fue la recogida y entrega de la ropa que tenían para lavar.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
	 
Garantizar la calidad y presentación adecuada de los alimentos durante la entrega	Los alimentos se entregan en envases de plástico diseñados para conservar la calidad durante el traslado, lo que garantiza una presentación agradable y contribuye al cuidado del medio ambiente al evitar el uso de recipientes de icopor. Cada beneficiario recibió de manera satisfactoria sus alimentos.  



OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
Cumplir con las normativas y regulaciones de seguridad alimentaria durante el transporte y entrega de los alimentos	Se entrega en recipientes adecuados con el fin de evitar proliferación de enfermedades, Se transporta diferentes tipos de alimentos, están bien envasados y protegidos de manera separada, de forma que se evite la contaminación cruzada.  
Velar por su autocuidado e inteligencia vial durante las jornadas de entrega	El transporte de los alimentos se realizo cumpliendo con todas las medidas de protección y teniendo en cuenta la inteligencia vial para el traslado de los mismos, se cumplió portando el debido casco y acatando las señales de tránsito.  



RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL SUPERVISOR

Firma Contratista
Nombre: JAIRO ALONSO VERJEL
C.C No. 88.277.102

Firma Supervisor
Nombre: NERY CARREÑO SÁNCHEZ
C.C No 37.331.842 DE OCAÑA

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
PROGRAMACIÓN MENSUAL DE ACTIVIDADES - FUNDACION IDENTIDAD Y CULTURA



CONVENIO: CENTRO VIDA OCAÑA MUNICIPIO: OCAÑA PERIODO PROGRAMACIÓN: JUNIO 2024

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	FECHA	LUGAR	PARTICIPANTES	RESULTADOS ESPERADOS
ENTREGA OPORTUNA DE ALIMENTOS (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA CON SUS RESPECTIVOS REFRIGERIOS) A LOS ABUELOS BENEFICIADOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA .RECOGIDA DE ROPA SUCIA PARA LAVANDERIA .(LUIS SALAZAR RANGEL, EDILIA MARIA PEREZ, JOSE DE DIOS GALVAN).	4 AL 7	COLINAS DE LA PROVINCIA,ALTOS DEL NORTE,GALAN, LOS SAUCES,GALAN, ASOVIGIRON,PARTE ALTA Y ASOVIGIRON PARTE BAJA,LOS CRISTALES, VILLAPARAISO.	DISTRIBUIDOR DE ALIMENTOS Y ABUELOS DEL SECTOR NORTE QUE RECIBEN SUS ALIMENTOS EN SUS CASAS	ALIMENTOS (DESAYUNOS,ALMUERZO Y CENA CON SUS RESPECTIVOS REFRIGERIOS) ENTREGADOS AL 50% DE LOS ABUELOS QUE NO PUEDEN TRASLADARSE HASTA CENTRO VIDA POR DIFICULTADES DE SALUD DE FORMA OPORTUNA Y EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS. ROPA DE LOS ABUELOS LAVADA Y ENTREGADA.
ENTREGA OPORTUNA DE ALIMENTOS (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA CON SUS RESPECTIVOS REFRIGERIOS) A LOS ABUELOS BENEFICIADOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA .RECOGIDA DE ROPA SUCIA PARA LAVANDERIA .(ALCIDES SERRANO PEREZ , EMEL SERRANO PEREZ)	11 AL 14	COLINAS DE LA PROVINCIA,ALTOS DEL NORTE,GALAN, LOS SAUCES,GALAN, ASOVIGIRON,PARTE ALTA Y ASOVIGIRON PARTE BAJA,LOS CRISTALES, VILLAPARAISO.	DISTRIBUIDOR DE ALIMENTOS Y ABUELOS DEL SECTOR NORTE QUE RECIBEN SUS ALIMENTOS EN SUS CASAS	ALIMENTOS (DESAYUNOS,ALMUERZO Y CENA CON SUS RESPECTIVOS REFRIGERIOS) ENTREGADOS AL 50% DE LOS ABUELOS QUE NO PUEDEN TRASLADARSE HASTA CENTRO VIDA POR DIFICULTADES DE SALUD DE FORMA OPORTUNA Y EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS,. ROPA DE LOS ABUELOS LAVADA Y ENTREGADA.
ENTREGA OPORTUNA DE ALIMENTOS (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA CON SUS RESPECTIVOS REFRIGERIOS) A LOS ABUELOS BENEFICIADOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA. RECOGIDA DE ROPA SUCIA PARA LAVANDERIA (ANA ROSA PRADO,ROSA MARIA PRADOY CARMEN CECILIA PRADO)	17 AL 21	COLINAS DE LA PROVINCIA,ALTOS DEL NORTE,GALAN, LOS SAUCES,GALAN, ASOVIGIRON,PARTE ALTA Y ASOVIGIRON PARTE BAJA,LOS CRISTALES, VILLAPARAISO.	DISTRIBUIDOR DE ALIMENTOS Y ABUELOS DEL SECTOR NORTE QUE RECIBEN SUS ALIMENTOS EN SUS CASAS	ALIMENTOS (DESAYUNOS,ALMUERZO Y CENA CON SUS RESPECTIVOS REFRIGERIOS) ENTREGADOS AL 50% DE LOS ABUELOS QUE NO PUEDEN TRASLADARSE HASTA CENTRO VIDA POR DIFICULTADES DE SALUD DE FORMA OPORTUNA Y EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS,. ROPA DE LOS ABUELOS LAVADA Y ENTREGADA.
ENTREGA OPORTUNA DE ALIMENTOS (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA CON SUS RESPECTIVOS REFRIGERIOS) A LOS ABUELOS BENEFICIADOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA. RECOGIDA DE ROPA SUCIA PARA LAVANDERIA.(CARMEN ROSA TORO, DAVID DURAN)	24 AL 28	COLINAS DE LA PROVINCIA,ALTOS DEL NORTE,GALAN, LOS SAUCES,GALAN, ASOVIGIRON,PARTE ALTA Y ASOVIGIRON PARTE BAJA,LOS CRISTALES, VILLAPARAISO.	DISTRIBUIDOR DE ALIMENTOS Y ABUELOS DEL SECTOR NORTE QUE RECIBEN SUS ALIMENTOS EN SUS CASAS	ALIMENTOS (DESAYUNOS,ALMUERZO Y CENA CON SUS RESPECTIVOS REFRIGERIOS) ENTREGADOS AL 50% DE LOS ABUELOS QUE NO PUEDEN TRASLADARSE HASTA CENTRO VIDA POR DIFICULTADES DE SALUD DE FORMA OPORTUNA Y EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS,. ROPA DE LOS ABUELOS LAVADA Y ENTREGADA.
ENTREGA OPORTUNA DE ALIMENTOS (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA CON SUS RESPECTIVOS REFRIGERIOS) A LOS ABUELOS BENEFICIADOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA Y RECOGIDA DE ROPA SUCIA PARA SERVICIO DE LAVANDERIA. (JOSE DE DIOS PEÑUELA, ANDRES NAVARRO, EMILIO PEÑUELA, CARLOS JULIO NAVARRO). ENTREGA DE MERCADOS Y UTILES DE ASEO	27 AL 31	COLINAS DE LA PROVINCIA,ALTOS DEL NORTE,GALAN, LOS SAUCES,GALAN, ASOVIGIRON,PARTE ALTA Y ASOVIGIRON PARTE BAJA,LOS CRISTALES, VILLAPARAISO.	DISTRIBUIDOR DE ALIMENTOS Y ABUELOS DEL SECTOR NORTE QUE RECIBEN SUS ALIMENTOS EN SUS CASAS	ALIMENTOS (DESAYUNOS,ALMUERZO Y CENA CON SUS RESPECTIVOS REFRIGERIOS) ENTREGADOS AL 50% DE LOS ABUELOS QUE NO PUEDEN TRASLADARSE HASTA CENTRO VIDA POR DIFICULTADES DE SALUD DE FORMA OPORTUNA Y EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS,. ROPA DE LOS ABUELOS LAVADA Y ENTREGADA., MERCADOS Y UTILES DE ASEO ENTREGADOS. A CADA UNO DE LOS ABUELOS QUE HACEN PARTE DEL PROGRAMA

NOMBRE: JAIRO ALONSO VERJEL LAZARO

FIRMA