FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 13 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal.

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario María Antonia Vera de Vicaño -CC. 28.712.538.
Lugar y fecha de nacimiento 29 Sept - 1944.
Edad: 81 años. Sexo: M__ F X Estado civil: Viuda.
Escolaridad: Segundo Primaria Ocupación: No aplica. Teléfono 3136144700
Dirección: Mz K Casa 40 Esperanza. Número de hijos: 6.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas No aplica
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si__ No X Porque: No aplica.
Funcionalidad Visual Regular. Funcionalidad auditiva Normal.
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No X Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos No aplica.

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (X) Inadecuada ( ) **Postura:** Erguida (X) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (X) **Tono:** Bajo ( ) Moderado (X) Alto ( )
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (X) Desorientado ( ) **Espacio:** Orientado (X) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La valoración psicologica a la persona del programa centro dia se evidencia un adecuado funcionamiento en los procesos cognitivos, conductuales y emocionales. En la parte cognitiva su edad mental es de acuerdo a su edad cronologica, presenta fluidez verbal, escucha activa, sostiene contacto visual y buena comunicación asertiva. En la parte emocional sostiene vinculos afectivos con sus seres queridos. En la parte conductual no se evidencian conductas desadaptativas, es sociable y le gusta crear nuevos lazos interpersonales. Referente al test de barthel su grado de dependencia es 100 independiente con buena capacidad psicomotriz y para desplazarse.

FIRMA PSICOLOGO(A) TP. 234010

No Firma.
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

5151

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Maria Antonia Vera de Nieto	FECHA: 13 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 28.712.538	EDAD: 81 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorose la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente ✓

Jessy Quiñones
FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 234010

No Firma
FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 12 noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario María Cristina Jimenez De Sanchez C.C 65.692.357
Lugar y fecha de nacimiento 20-julio-1957 Espinal
Edad: 68 años Sexo: M __ F x Estado civil: Casada
Escolaridad: Primaria Ocupación: ama de casa Teléfono 3107705193
Dirección: Mz 7 Casa 13 B/ villa paz Número de hijos: 4

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Hipertensión
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si x No __ Porque: Farmacoterapia
Funcionalidad Visual Regular Funcionalidad auditiva Buena
Ingiere bebidas alcohólicas: Si __ No x Fuma: Si __ No x
Antecedentes psiquiátricos Niega

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (x) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (x) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (x)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (x)

Tono: Bajo ( ) Moderado (x) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado ( ) Desorientado (x)

Espacio: Orientado ( ) Desorientado (x)

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Durante la Valoración Psicológica inicial realizada a la Persona mayor se logro observar que no Presenta Posible dificultad para manejar un discurso fluido, maneja un tono de voz apropiado e importante mencionar que su Presentación general y postura son acordes a su etapa vital. Su contacto visual es permanente y es un adecuado durante la entrevista.

A nivel emocional se Percibe como una persona, Posiblemente estable, Proactiva y con seguridad de la realización de actividades diarias.

Se identifica a una Persona mayor con adecuada capacidad Psicomotriz lo cual se logro determinar por medio del Test Barthel que indico que la persona mayor es independiente para realizar las actividades básicas diarias del ser humano.

FIRMA PSICOLOGO(A)
TP 174386

NO FIRMA
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: María Cristina Jiménez	FECHA: 12 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 65.692.357	EDAD: 68 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorese la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100 ✓	Independiente

FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: TP 194384

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solvntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 14 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario María del Rosario Ayala Pejes CC 65692775
Lugar y fecha de nacimiento 23 Julio 1961 Espinal-Tol
Edad: 64 años Sexo: M__ F X Estado civil: Soltera - viuda
Escolaridad: Ninguna Ocupación: Oficios varios Teléfono 3105576544
Dirección: M4 M Casa 15 La Esperanza Número de hijos: 3

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Ninguna
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si__ No__ Porque: _____
Funcionalidad Visual Normal Funcionalidad auditiva N
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No X Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos Ninguno

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (/) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (/) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (/)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (/)

Tono: Bajo ( ) Moderado (/) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (/) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (/) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La valoración psicología inicial a la persona mayor indica un nivel intelectual dentro del rango promedio con buena capacidad de atención memoria y retroalimentación lógico, orientación en tiempo, espacio y persona, lenguaje y discurso fluido, coherente, no se identificaron indicadores de deterioro cognitivo ni alteraciones psicopatológicas, no refiere ni manifiesta pensamiento, ni ideación suicida En el área afectiva y emocional, la persona mayor manifestó un estado de ánimo estable, con adecuada regulación emocional y expresión congruente, en el contenido de su discurso, no se observan síntomas de depresión, ansiedad, ni inestabilidad. Muestra satisfacción por su entorno familiar y social Respecto al test de barthel, la persona mayor tiene un independencia total para realizar las actividades básicas diarias

FIRMA PSICOLOGO(A)
TP 134386

FIRMA ADULTO MAYOR
No Firma

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Maria del Rosario Ayala Rojo	FECHA: 14 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 65 690725	EDAD: 64 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorese la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve ✓
100	Independiente

FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 174386

FIRMA ADULTO MAYOR



Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 03 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario María Inés Marín Mosquera cc 28679965
Lugar y fecha de nacimiento 04 Julio 1953 Chaparral-Tol
Edad: 72 años Sexo: M__ F X Estado civil: soltera
Escolaridad: Primaria Ocupación: costurera Teléfono 3103234860
Dirección: Transversal 4 N° 9-84 B Nacional Número de hijos: 6

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Ninguna
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si__ No X Porque: _____
Funcionalidad Visual Normal Funcionalidad auditiva normal
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No X Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos Ninguno

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (✓) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (✓) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (✓)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (✓)

Tono: Bajo ( ) Moderado (✓) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (✓) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (✓) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La valoración psicológica inicial a la Persona mayor indica un funcionamiento cognitivo normal para su edad, orientación en sus tres esferas, lenguaje y discurso coherente, memoria y atención con buena fijación. No se observan signos de deterioro cognitivo. Emocionalmente y afectivamente, manifiesta un equilibrio en la gestión de sus emociones, su afecto es congruente con el contenido de su discurso. No se evidencian síntomas de depresión, ansiedad ni irritabilidad. Su comportamiento está adaptado a las normas sociales, durante que su relaciones familiares y sociales estables. Referente al test de barthel la persona mayor indica un nivel funcional total de independencia para realizar las actividades básicas cotidianas como comer, vestir, organizarse.

FIRMA PSICOLOGO(A)
TP 194336

María Inés Marín M
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Maria Ines Marin Moya	FECHA: 28 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 28679963	EDAD: 72 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorese la semana previa)	Continencia normal	10✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente ✓

FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 194336

FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 12-noviembre-2025
	LUGAR: Centro Día Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario José María Mendez Guarnizo C.C 5.981.040
Lugar y fecha de nacimiento 28-Agosto-1943 Purificación
Edad: 82 años Sexo: M X F Estado civil: Soltero
Escolaridad: Primaria Ocupación: Ninguna Teléfono 3224314998
Dirección: Mz 4M Casa 21 B/ El Recreo Número de hijos: No

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Desprendimiento de Retina
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si__ No X Porque: ___14___
Funcionalidad Visual Regular Funcionalidad auditiva Regular
Ingiere bebidas alcohólicas: Si___ No X Fuma: Si___ No X
Antecedentes psiquiátricos Niega

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (X) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (X) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (X)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (X)

Tono: Bajo ( ) Moderado (X) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (X) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (X) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Durante la Valoración Psicológica Inicial se observa a una Persona mayor con total disposición y colaboración para la realización de cada una de los ejercicios del Programa. Además se identifica que su aspecto general esta en correctas condiciones, su postura es erguida y posicionada, es un adulto mayor que con seguridad sostiene contacto visual y demuestra tener un discurso fluido y coherente, igualmente que la organización de cada uno de sus conocimientos, lo que puede indicar que su área cognitiva se encuentra preservada, demostrandose por su correcta Orientación en sus tres esferas. Emocionalmente menciona que no tiene hijos, vive solo pero es suficientemente estable para dar un manejo adecuado a sus emociones.

Segun los resultados del Test Barthel el adulto mayor presenta una total independencia para realizar de forma autonóma sus necesidades básicas. Pese a que presenta una dificultad visual, circunstancia que para él no es un impedimento

María Fernanda V.S
FIRMA PSICOLOGO(A)
T.P 207220

Ajo firma
FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Jose Maria Mendez	FECHA: 12 Noviembre 2022
Nº DE DOCUMENTO: S. 981.040	EDAD: 82 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorose la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente ✓

María Fernanda V.S
FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 207220

No Firma
FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 25-noviembre-2025
	LUGAR: Centro Dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Jacinta Sanchez De Devia C.C 28.704.050
Lugar y fecha de nacimiento 23-Abril-1935 El Espinal
Edad: 90 años Sexo: M __ F x Estado civil: Viuda
Escolaridad: Ninguno Ocupación: Ninguna Teléfono 3208705872-3103282837
Dirección: Nariño Lu # 6-371 B/Nacional Número de hijos: ___

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Discapacidad Biomedica, Hipertensión
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si x No __ Porque: Farmacoterapia
Funcionalidad Visual Bien Funcionalidad auditiva Bien
Ingiere bebidas alcohólicas: Si ___ No x Fuma: Si ___ No x
Antecedentes psiquiátricos Niega

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (x) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (x) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (x)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (x)

Tono: Bajo ( ) Moderado (x) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado ( ) Desorientado (x)

Espacio: Orientado ( ) Desorientado (x)

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Durante el desarrollo de la valoración inicial a la persona, se logra identificar que se caracteriza por su adecuada presentación personal y postura corporal. Con capacidades para sostener contacto visual durante la entrevista, su verbalidad es fluida y moderada, no se evidencias posibles dificultades para poder generar toda aquella información necesaria, sin embargo se puede determinar que se encuentra desorientada en su area de espacio y tiempo, lo cual se puede considerar acorde a su etapa vital. A nivel emocional se observa posiblemente regulada, el adulto mayor muestra que tiene una fuerte Red de apoyo familiar, la cual la fortalece positivamente en su bienestar

Por medio de la aplicación del Test Barthel se logra determinar que tiene un grado de dependencia Moderado, lo cual nos indica que su area psicomotora se encuentra en posible alteración, además porque se desplaza en silla de ruedas y el acompañamiento de su familia.

Maria Fernanda V.S
FIRMA PSICOLOGO(A)
T.P 207220

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Jacinta Sanchez	FECHA: 25-noviembre-2025
Nº DE DOCUMENTO: 28.704.050	EDAD: 90 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5 ✓
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorose la semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5 ✓
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5 ✓
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5 ✓
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5 ✓
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10 ✓
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5 ✓
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0 ✓

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado ✓
≥60	Leve
100	Independiente

Maria fernanda VS
FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 207220

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR



Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 18-noviembre-2025
	LUGAR: Centro Día Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Ernesto Díaz Sanchez C.C. 93.118.162
Lugar y fecha de nacimiento 22-Octubre-1958 Espinal
Edad: 67 años Sexo: M X F__ Estado civil: casado
Escolaridad: ninguno Ocupación: independiente Teléfono 311 872 3709
Dirección: Manzana 6 casa 6 B/villa del Palmar Número de hijos: 1

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Ninguna
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si__ No__ Porque: _____
Funcionalidad Visual Regular Funcionalidad auditiva Buena
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No X Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos Ninguno

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (X) Inadecuada ( ) **Postura:** Erguida (X) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (X) **Tono:** Bajo ( ) Moderado (X) Alto ( )
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (X)

Orientación: Tiempo: Orientado (X) Desorientado ( ) **Espacio:** Orientado (X) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Durante la valoración inicial Psicológica se observa a una persona mayor integral, mostrando un adecuado nivel de funcionamiento general.

De acuerdo con la observación se evidencia un desempeño autónomo en las actividades básicas de la vida diaria, esto se confirma mediante la aplicación del Test de Barthel.

A nivel emocional, la persona mayor se muestra posiblemente estable, y expresa adecuadamente sus emociones, manteniendo una actitud positiva frente a su proceso de desarrollo.

Cognitivamente se muestra orientado en tiempo, espacio, y persona, con buena capacidad de atención, memoria reciente y remota conservada. Se identifica, además una comunicación clara y coherente, lo cual facilita el establecimiento del vínculo e integración al grupo con sus pares.

María Fernanda V.S
FIRMA PSICOLOGO(A)
T.P 207220

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Ernesto Diaz Sanchez	FECHA: 18 - NOVIEMBRE - 2025
Nº DE DOCUMENTO: 93.118.152	EDAD: 67 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorese la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente ✓

María Fernanda V.S
FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 207220

FIRMA ADULTO MAYOR

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 04 noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Jose Reinel Torres Nuñez C.C. 2.254.608
Lugar y fecha de nacimiento 15-octubre-1960 Montebro
Edad: 65 años Sexo: M x F__ Estado civil: Soltero
Escolaridad: Ninguna Ocupación: Ninguna Teléfono 3133517088
Dirección: Vereda Arenosa Número de hijos: no

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Accidente Cerebro Vascular
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si__ No x Porque: _____
Funcionalidad Visual Mala Funcionalidad auditiva Buena
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No x Fuma: Si x No __
Antecedentes psiquiátricos Niega

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (x) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (x) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento (x) Rápido ( ) Fluido ( )
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (x)

Tono: Bajo (x) Moderado ( ) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado ( ) Desorientado (x)

Espacio: Orientado (x) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

A lo largo del desarrollo de la valoración inicial psicológica se logro observar a una persona mayor que se presenta con un aspecto general adecuado, que su postura se percibe estable a su edad vital. Además se identifico que la persona mayor presenta una posible dificultad en su proceso de comunicación ya que su ritmo se detecto lento y un bajo tono, lo cual se considera como posibles indices de inseguridad en su personalidad. Así mismo se considera que la persona mayor se muestra desanimado en sus tres esferas.

A nivel emocional, se observa a una persona mayor con posible inestabilidad emocional y también con probables sentimientos de soledad.
En el aspecto autonomo se determino por medio del Test Barthel que el adulto mayor presenta un nivel de dependencia leve para poder desarrollar las actividades básicas diarias.

FIRMA PSICOLOGO(A)
TP 174336

No Firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Jose Rene Tovres	FECHA: 04 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 2.254.608	EDAD: 65 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorose la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10 ✓
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10 ✓
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5 ✓
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente

FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 774396

Ho Firma
FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 01 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Alicia Vergara Barragan C.C. 28.753.705
Lugar y fecha de nacimiento 28 febrero 1941 Guamo
Edad: 84 años Sexo: M__ F X Estado civil: soltera
Escolaridad: Primaria Ocupación: ama de casa Teléfono 311 249 2583
Dirección: Calle 5 # 4-41 B/ Villa del Rosario Número de hijos: 7

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Niega
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si__ No X Porque: _____
Funcionalidad Visual Buena Funcionalidad auditiva Buena
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No X Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos Niega

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (X) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (X) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (X)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (X)

Tono: Bajo ( ) Moderado (X) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (X) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (X) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

En el desarrollo de la valoración inicial Psicologica, se observa a una persona mayor con posible estabilidad emocional, aunque con poca expresividad facial. Mantiene un contacto visual adecuada y una disposición positiva durante la entrevista. Presenta una escucha activa, mostrando comprensión frente a los temas abordados. Cognitivamente se encuentra orientada en las tres esferas, evidenciando un adecuado nivel de atención y coherencia en su discurso. Su postura y tono de voz se perciben acordes a la situación evaluativa, reflejando funcionalidad general dentro de los parámetros esperados para su edad.

Finalizando se aplico el Test Barthel el cual Permite determinar que la persona mayor se encuentra en total autonomia para Poder llevar a cabo todas sus actividades básicas diarias.

FIRMA PSICOLOGO(A)
TP 171386

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

5167

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Alicia Vergara Barragan	FECHA: 01 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 28.753.705	EDAD: 84 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorose la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente ✓

FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 174386

FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 01 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Chaural

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Sol Angel Murillo Bonilla CC 28718614
Lugar y fecha de nacimiento 25 Julio 1935 Espinal-Tol
Edad: 70 años Sexo: M__ F X Estado civil: Soltera
Escolaridad: Primaria (3) Ocupación: Ama de casa Teléfono 310 314 4859
Dirección: Barrio Libertadores salida al cementerio Número de hijos: 3

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Ninguna
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si__ No X Porque:
Funcionalidad Visual Regular Funcionalidad auditiva Normal
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No X Fuma: Si__ No X.
Antecedentes psiquiátricos Ninguno

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (✓) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (✓) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (✓)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (✓)

Tono: Bajo ( ) Moderado (✓) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (✓) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (✓) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La valoración psicológica inicial en la persona mayor indica un estado mental y procesos cognoscitivos dentro de los parámetros normales, tanto a corto y largo plazo conservada, atención, praxis, gnosis, concepto y orientada en las tres esferas (tiempo, espacio y persona). No se observan signos de deterioro cognitivo. Se observa características en su buen manejo en la gestión de emociones y recursos personales para procesos de adaptabilidad para afrontar las demandas cotidianas. No se evidencia indicadores de alteraciones afectivas ni conductuales. Las funciones interpersonales son positivas y respetuosas. Respecto al test de barthel la persona mayor tiene totalmente un grado independiente para valerse por si misma funciones básicas del día a día

FIRMA PSICOLOGO(A)
TP 174336

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Sol Angel Murillo Bonilla	FECHA: 01 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 28718616	EDAD: 70 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorese la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente √

FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 174386

FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 01 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Jose Angel Ruiz Parra CC 2234.674
Lugar y fecha de nacimiento 01 Agosto 1947 Cundaytol
Edad: 78 años Sexo: M x F__ Estado civil: Soltero
Escolaridad: Primaria Ocupación: Hogar Teléfono 3017358448
Dirección: Carrera 3 las brisas 9-97 Número de hijos: 3

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Ninguna
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si__ No x Porque:
Funcionalidad Visual Normal Funcionalidad auditiva Normal
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No x Fuma: Si__ No x
Antecedentes psiquiátricos Ninguno

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (/) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (/) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (/)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (/)

Tono: Bajo ( ) Moderado (/) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (/) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (/) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La valoración psicológica inicial a la persona mayor del programa centro dia indica, buenas condiciones mentales, memoria con buena fijación, logra conservado, orientado en las tres esferas (tiempo, espacio, persona), lenguaje fluido y articulación sin dificultad, no se evidencia signos de deterioro cognitivo se observan características emocionales y afectivas de alegria, cordialidad y esperanza, afecto congruente con el contenido del discurso. No se evidencian síntomas de depresión, ansiedad o inestabilidad. Su comportamiento adaptado a las normas sociales, Relaciones familiares y sociales estables.
Refiere al test de barthel la persona mayor físicamente es totalmente independiente para ejecutar actividades cotidianas básicas

María Fernanda V.S
FIRMA PSICOLOGO(A)
T.P 207220

José Angel Ruiz P.
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: José Angel Ruiz Paez	FECHA: 01 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 2.274.174	EDAD: 76 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorose la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente ✓

FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 174330

José Angel Ruiz
FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 18 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro Dia Chicoral

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Benjamin Reyes Agudelo CC 5.900.304
Lugar y fecha de nacimiento 12 Feb 1951 ESP - TOL
Edad: 74 Sexo: M X F__ Estado civil: Viudo
Escolaridad: Primaria Ocupación: Ninguna Teléfono 3209802384
Dirección: Vereda Pinan de San Francisco Número de hijos: 2

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Cancer tumor maligno de colón
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si X No__ Porque: T. Farmacologico
Funcionalidad Visual Regular Funcionalidad auditiva Regular
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No X Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos -I-

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (✓) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (✓) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (✓)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (✓)

Tono: Bajo ( ) Moderado (✓) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (✓) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (✓) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La valoración Psicosocial Inicial a la Persona mayor se Pudo observar que Presenta un Perfil Psicologico, cognitivo y comportamental estable acorde a su edad, donde se observo alerta y receptivo, se encuentra orientado en sus tres esferas, Presento Fluidez verbal, mantuvo contacto visual, Presenta buena movilidad se, Percibe parcialmente Funcional Según lo observado, Presenta una atencion y memoria dentro de los limites habituales, su Presentacion y aseo Personal son adecuados, en relación al test Barthel realizado se logro identificar que la Persona mayor se encuentra en un grado de leve dependencia.

Pamela López M
FIRMA PSICOLOGO(A)
T.P 203104

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Benjamin Reyes	FECHA: 19 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 5.900.304	EDAD: 74

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorese la semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5 ✓
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5 ✓
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve ✓
100	Independiente

FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 144386

FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 28 octubre 2025
	LUGAR: Centro Dia Chicoral

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Yecid Herrera Murillo C.C 14.950.967
Lugar y fecha de nacimiento 20 Septiembre 1948 Espinal -Tolima
Edad: 77 Sexo: M X F__ Estado civil: Soltero
Escolaridad: Tecnologo Ocupación: Ninguno Teléfono No reporta
Dirección: Cra 7 # 7-18 / villaneva Número de hijos: 3

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Hipertension Arterial, Diabetes
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si X No__ Porque: Tratamiento Farmacologico
Funcionalidad Visual Buena Funcionalidad auditiva Buena
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No X Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos - I -

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (✓) Inadecuada ( )
Postura: Erguida (✓) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (✓)
Articulación: Con dificultad (✓) Sin dificultad ( )
Tono: Bajo ( ) Moderado (✓) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (✓) Desorientado ( )
Espacio: Orientado (✓) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Durante la valoración Psicologica inicial a la persona mayor, se Pudo observar qe Presenta un Perfil Psicosocial, cognitivo y emocional estable, acorde a su edad, donde se encuentra orientado en tiempo y espacio. Presenta movilidad reducida, usa: bastón para su desplazamiento y mayor estabilidad, se encuentra alerta y receptivo, presenta contacto visual y escucha efectiva, Poseen una memoria y atención dentro de los limites habituales, en relación al test Barthel aplicado se logra identificar qe la Persona mayor se encuentra en un grado leve de dependencia

FIRMA PSICOLOGO(A)
TP 194396

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Yecid Herrera	FECHA: 28 octubre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 14.930.967	EDAD: 77

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorese la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5 ✓
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente

FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 174336

FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-3142505051
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 01 - Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Fanny Castaneda Mendez - CC. 65.694.302
Lugar y fecha de nacimiento 12 de enero 1962
Edad: 63 años. Sexo: M__ F X Estado civil: Viuda
Escolaridad: Tercero primaria Ocupación: Ama de casa Teléfono 3209064778
Dirección: Vereda la morera Número de hijos: 3

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Tiroides
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si X No__ Porque: Tratamiento farmacologico.
Funcionalidad Visual Normal Funcionalidad auditiva Normal
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No X Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos No aplica

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (X) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (X) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (X)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad ( )

Tono: Bajo ( ) Moderado (X) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (X) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (X) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La valoración psicologica a la persona mayor del programa centro dia se evidencio un adecuado funcionamiento en los procesos cognitivos, emocionales y conductuales. En la parte cognitiva es una persona orientada en tiempo, espacio y persona. Su edad mental es de acuerdo a su edad cronologica, presenta un discurso adecuado, buena fluidez verbal. En la parte emocional manifiesta sentirse tranquila, se considera expresiva y cariñosa. En la parte conductual se caracteriza por tener buenas relaciones interpersonales con sus familiares y amigos, le gusta ser participativa y mantiene buena capacidad psicomotriz para desplazarse y realizar ejercicios fisicos.

Referente al test barthel su grado de dependencia es 100 independiente.

María Fernanda V.S
FIRMA PSICOLOGO(A)
T.P 207220

Fanny Castaneda
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Fanny Castañeda M.	FECHA: 01 noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 65.694.362	EDAD: 63 años.

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorese la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente ✓

María Fernanda V.S
FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 207220

Fanny Castañeda
FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 15 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro Dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Dario Hinde7 C.C 5.901.790
Lugar y fecha de nacimiento 13 oct 1953 Girodt -Con
Edad: 72 Sexo: M X F__ Estado civil: casado
Escolaridad: Ninguno Ocupación: Oficios Varios Teléfono 3203143934
Dirección: Vereda la Morena Número de hijos: 4

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Ulcera De Presion
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si X No__ Porque: T.to Farmacologico
Funcionalidad Visual Buena Funcionalidad auditiva Buena
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No X Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos -1-

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (✓) Inadecuada ( )
Postura: Erguida (✓) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (✓)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (✓)
Tono: Bajo ( ) Moderado (✓) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado ( ) Desorientado (✓)
Espacio: Orientado (✓) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La valoración psicologica inicial a la persona mayor se pudo observar que Presenta un Perfil Psicosocial, cognitivo y comportamental estable, acorde a su edad, donde Presenta Fallas en orientación tiempo y espacio, se Percibe con buen semblante, mantuvo Contacto visual escucha activa y comunicación asertiva, Presenta buena movilidad, su desplazamiento es autonomo, Presenta una memoria y atención dentro de los limites habituales, en relación al test Barthel aplicado se logra identificar que se encuentra en un grado total de independencia.

Pamela López M
FIRMA PSICOLOGO(A)
T.P 203104

NO Firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Dario Mendez	FECHA: 15 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 5.901.790	EDAD: 72

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorese la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente

Pamela López Ff
FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 203104

NO Firma
FIRMA ADULTO MAYOR

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 04 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro Dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Haidi Hendt CC 28716371
Lugar y fecha de nacimiento 27 Jun 1951 Espinal-Tol
Edad: 67 Sexo: M__ F X Estado civil: unión libre
Escolaridad: primaria Ocupación: Ama de casa Teléfono 3203143934
Dirección: Vereda la Morena Número de hijos: 3

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Hipertensión Arterial
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si X No__ Porque: T.to Farmacologico
Funcionalidad Visual Buena Funcionalidad auditiva Buena
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No X Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos - i -

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (✓) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (✓) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (✓)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (✓)

Tono: Bajo ( ) Moderado (✓) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (✓) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (✓) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La valoración Psicologica inicial a la Persona mayor de Pudo observar que presenta un Perfil Psicosocial, Cognitivo y Comportamental Estable acorde a su edad, donde se encuentra orientada en tiempo y espacio, se Percibe con buen semblante, se encuentra alerta y estable, mantuvo contacto Visual, escucha activa, Presenta buena movilidad, su deambulamiento es autonomo, Presenta una memoria y atención dentro de los limites habituales, en relación al test Barthel aplicado se logro identificar que la persona mayor se encuentra en un grado total de independencia.

María Fernanda VS
FIRMA PSICOLOGO(A)
T.P 207220

Haidé Mendt
FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Heidi Mendez	FECHA: 04 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 28.716.371	EDAD: 67

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorose la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente ✓

María Fernanda V.S
FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 207220

Heidi de Mesa
FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-3142505051
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 07 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro Dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario María De Jesus Mendez C.C 65.690.811
Lugar y fecha de nacimiento 27 Sep 1961 Espinal-Tol
Edad: 64 Sexo: M ___ F X Estado civil: unión libre
Escolaridad: Primaria Ocupación: Ama de casa Teléfono 3138432971
Dirección: Vereda la Hobena Número de hijos: 2

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Ansiedad y Depresión
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si X No ___ Porque: T. fo Farmacologico
Funcionalidad Visual Regular Funcionalidad auditiva Buena
Ingiere bebidas alcohólicas: Si ___ No X Fuma: Si ___ No X
Antecedentes psiquiátricos -I-

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (✓) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (✓) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (✓)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (✓)

Tono: Bajo ( ) Moderado (✓) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (✓) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (✓) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Durante la Valoración Psicológica a la Persona mayor se pudo observar que presenta un Perfil Psicologico, emocional y comportamental, estable acorde a su edad, donde se observa alerta y receptiva, Perceptivamente funcional, se encuentra orientado en sus tres esferas, Presenta una atencion y memoria dentro de los limites habituales, presenta buena movilidad, se desplaza-mentra en autonomo, se percibe con buen semblante, mantuvo contacto visual, en relacion al test Barthel aplicado, se identifica que la persona mayor se encuentra en un Grado total de independencia.

María fernanda V.S
FIRMA PSICOLOGO(A)
T.P 207220

María Jesus de Mendez
FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

5183

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Maria De Jesus Mendez	FECHA: 07 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 65.690.811	EDAD: 64

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorese la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente ✓

María Fernanda V.S
FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 207220

Maria De Jesus Mendez
FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-3142505051
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 04 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro día Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Gladys Castañeda Mendez – CC. 39.556.810
Lugar y fecha de nacimiento 20 - NOV - 1956
Edad: 69 Sexo: M __ F X Estado civil: Soltera.
Escolaridad: No aplica. Ocupación: Ama de Teléfono No aplica.
Dirección: Vereda la morena. Número de hijos: 0

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Tensión.
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si X No __ Porque: Tratamiento farmacologico.
Funcionalidad Visual Mala. Funcionalidad auditiva Regular.
Ingiere bebidas alcohólicas: Si __ No X Fuma: Si X No __
Antecedentes psiquiátricos No aplica

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (X) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (X) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (X)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad ( )

Tono: Bajo ( ) Moderado (X) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (X) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (X) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La valoración psicologica a la persona mayor del programa Centro dia manifiesta tener una buena funcionalidad en los procesos cognitivos, emocionales y conductuales. En la parte cognitiva es una persona orientada en tiempo, espacio y persona, un discurso adecuado, buena fluidez verbal, tiene una visión positiva de la vida. En la parte emocional manifiesta ser una persona afectiva, cariñosa y expresiva. En la parte conductual manifiesta tener buenas relaciones sociales con sus familiares y amigos. Se caracteriza por ser tranquila, colaboradora y sociable.

Referente al test barthel su grado de dependencia es 100 - independiente, con buena capacidad psicomotriz.

María Fernanda V.S
FIRMA PSICOLOGO(A)
T.P 207220

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Gladys Castañeda Mendez	FECHA: 04 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 39.556.810	EDAD: 69 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorese la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia sólo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	MInima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente ✓

María Fernanda V.S
FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 207220

FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 24 de Noviembre 2025.
	LUGAR: Centro dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Alvaro Garcia Gomez - CC. 9.935.016
Lugar y fecha de nacimiento 3 febrero 1958
Edad: 67 años Sexo: M X F__ Estado civil: Union libre
Escolaridad: Primaria Ocupación: Independiente Teléfono 3204891369
Dirección: Vereda la Manga baja. Número de hijos: 3

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas NO aplica
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si__ No X Porque: NO aplica
Funcionalidad Visual Normal Funcionalidad auditiva Normal.
Ingiere bebidas alcohólicas: Si X No__ Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos NO aplica

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (X) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (X) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (X)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad ( )

Tono: Bajo ( ) Moderado (X) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (X) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (X) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La valoracion psicologica a la persona mayor del programa Centro dia se evidencia un adecuado funcionamiento en los procesos cognitivos, emocionales y conductuales; Asi mismo en la parte psicosocial. En la parte cognitiva su edad mental es de acuerdo a su edad cronologica; es orientado en persona, tiempo y espacio; sostiene contacto visual, escucha activa, fluidez verbal y comunicacion asertiva. En la parte emocional manifiesta tener buenos lazos afectivos, estado de animo normal y en la parte conductual no se evidencian conductas desadaptativas, con buena capacidad psicomotriz y en la parte social sostiene buenas relaciones con sus familiares e interpersonales. Referente al Test de Barthel su grado de dependencia es 100 independiente

FIRMA PSICOLOGO(A)
TP 174386

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Alvaro Garcia G.	FECHA: 24 de Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 9.935.016	EDAD: 67 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorose la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente ✓

FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 174336

FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 20 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Humberto Barrero CC 93119093
Lugar y fecha de nacimiento 20 septiembre 1960 Espinal-Tol
Edad: 65 años Sexo: M X F Estado civil: Union libre
Escolaridad: Primaria Ocupación: Ninguna Teléfono 3132349825
Dirección: Vereda la Morena Número de hijos: 4

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Ninguna
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si__ No X Porque:
Funcionalidad Visual Normal Funcionalidad auditiva Normal
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No X Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos Negó

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (✓) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (✓) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (✓)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (✓)

Tono: Bajo ( ) Moderado (✓) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (✓) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (✓) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La valoración psicológica inicial a la persona mayor del Programa centro dia vida ca presenta capacidades dentro de los rangos normales, atención con buena fijación, orientación en sus tres esferas, discurso coherente y fluido, contacto visual, lenguaje lógico, memoria a largo y corto plazo conservada, no se evidencia signos de deterioro cognitivo significativo actualmente estimulo, niega pensamientos de muerte, buen patrón de sueño, no se observan signos de ánimo depresivo ni ansiedad, actualmente mantiene una buena interacción con sus pares mantiene y cumple con las normas sociales establecidas.
Referente al test de barthel la persona mayor tiene una independencia funcional para realizar actividades básicas del día a día

FIRMA PSICOLOGO(A)
Tp 134386

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Humberto Bairro	FECHA: 20 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 93119093	EDAD: 65 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorose la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0 ✓
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente ✓

FIRMA PSICOLOGO/A
TP: 174336

FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

5190

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 19 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Myriam Lopez cc 65.695 022
Lugar y fecha de nacimiento 14 abril 1964 Espinal
Edad: 61 Sexo: M__ F X Estado civil: unión libre
Escolaridad: Primaria Ocupación: Minera Teléfono 3204893169
Dirección: Vereda la Morena Número de hijos: 7

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas Miopia
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si__ No X Porque:
Funcionalidad Visual Normal Funcionalidad auditiva Normal
Ingiere bebidas alcohólicas: Si__ No X Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos no

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (✓) Inadecuada ( )
Postura: Erguida (✓) Encorvada ( )
Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (✓)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (✓)
Tono: Bajo ( ) Moderado (✓) Alto ( )
Orientación: Tiempo: Orientado (✓) Desorientado ( )
Espacio: Orientado (✓) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La valoración psicológica inicial a la persona mayor indica, pruebas cognitivas normales, memoria a corto y largo plazo conservada, atención fija y enfoque fluido, sin alteraciones perceptuales, buen patrón de sueño no se evidencia signos de deterioro cognitivo. Emocionalmente demuestra entusiasmo y esperanza, afecto congruente con el contenido del discurso. No se evidencian síntomas de depresión, ansiedad ni irritabilidad. Muestra satisfacción con su entorno familiar y social. Comportamiento adaptado a las normas sociales. Participa en actividades comunitarias.

FIRMA PSICÓLOGO(A)
tp 174396

X No Firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Myriam Lopez	FECHA: 19 noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 65 693 022	EDAD: 61 años

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorese la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente ✓

FIRMA PSICÓLOGO/A
TP:

No Firma
FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-3142505051
Email: Solyntersas@Gmail.Com

FORMATO DE VALORACION INICIAL AREA DE PSICOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES

PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 29 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro Dia Espinal

DATOS PERSONALES

Nombre del beneficiario Miguel Angel Cardenas Sanchez C.C 93.116.561
Lugar y fecha de nacimiento 13 DIC 1955 Guamo-Tol
Edad: 70 Sexo: M X F__ Estado civil: Casado
Escolaridad: Primaria Ocupación: Ninguno Teléfono 3114136382
Dirección: Vereda Paso Ancho Número de hijos: 4

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades sufridas No refiere
Ha asistido a algún tratamiento terapéutico: Si__ No X Porque: -I-
Funcionalidad Visual Regular Funcionalidad auditiva Buena
Ingiere bebidas alcohólicas: Si X No__ Fuma: Si__ No X
Antecedentes psiquiátricos -I-

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Presentación: Adecuada (✓) Inadecuada ( )

Postura: Erguida (✓) Encorvada ( )

Discurso: Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (✓)
Articulación: Con dificultad ( ) Sin dificultad (✓)

Tono: Bajo ( ) Moderado (✓) Alto ( )

Orientación: Tiempo: Orientado (✓) Desorientado ( )

Espacio: Orientado (✓) Desorientado ( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Durante la valoración Psicologica Inicial a la Persona mayor se Pudo observar que presenta un Perfil Psicosocial, cognitivo y emocional estable acorde a su edad, se identifica que se encuentra orientado en sus tres esferas, Presenta un proceso de información y respuesta Coherente, su presentación y aseo personal son adecuados, durante la valoración se muestra alerta y receptivo, con buen semblante, mantuvo contacto visual, escucha activa y comunicación verbal asertiva. Su desplazamiento lo realiza por si solo, presenta una atención y memoria dentro de sus limites habituales, en relación al test Barthel aplicado se identifica que se encuentra en un grado de total independencia.

Pamela López M
FIRMA PSICOLOGO(A)
T.P 203109

Miguel A Cardenas S
FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

TEST BARTHEL

NOMBRE: Miguel Angel Cardenas	FECHA: 29 Noviembre 2025
Nº DE DOCUMENTO: 93.116.501	EDAD: 70

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	Totalmente independiente	10 ✓
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5 ✓
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10 ✓
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 ✓
	Dependiente	0
Deposiciones (Valorese la semana previa)	Continencia normal	10 ✓
	Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Miccion (Valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10 ✓
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10 ✓
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillon a la cama	15 ✓
	Minima ayuda fisica o supervision para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5 ✓
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10 ✓
	Necesita ayuda fisica o supervision para hacerlo	5
	Dependiente	0

Maxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente

Pamela Ortiz M
FIRMA PSICÓLOGO/A
TP: 203104

Miguel A Cardenas S
FIRMA ADULTO MAYOR

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

SEGUIMIENTOS DE TRABAJO SOCIAL

ZONA URBANA NOVIEMBRE

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 01/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Jorge Davila Bastidas
- Edad: 62 Sexo: M Documento: 93120458
- Dirección: MZL C9 #7 B. Los Palmeras
- Teléfono: 322 237 0605 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** Adulto Mayor que otorga Mayor disposicion de trabajar en equipo

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 01 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Candelaria Dorado Diaz
- Edad: 64 Sexo: F Documento: 28958030
- Dirección: Tran. 4 12A-134 B/ Nacional
- Teléfono: 3133509950 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

Realiza actividades del Programa Socialua. y trabaja en equipo no se evidencia alteracion.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 01 / NOVIEMBRE / 2025

LUGAR: Centro DIA ESPINAL

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Ruben Quimbaya
- Edad: 77 Sexo: M Documento: 1
- Dirección: Calle 3 #9-41 B/ Isaias otiniar
- Teléfono: _____ Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES el adulto Mayor tiene buena disposición y trabaja siempre de la Mejor Manera en el programa

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Ruben Quimbaya

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 04/NOVIEMBRE/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Blanca Flor Herera Galindo
- Edad: 63 Sexo: F Documento: 65693156
- Dirección: C 11 23-BA-65 B. fatima
- Teléfono: 3137667174 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad. X
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. X

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor presenta una buena adaptabilidad a las diferentes actividades que se desarrollan.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 04/ Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: luis Gustavo Izquierdo
- Edad: 67 Sexo: M Documento: 93.115.186.
- Dirección: Mza I casa 2 B/ la esperanza
- Teléfono: 3144531963 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.
X ninguno

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Adulto Mayor que participa activamente en el programa centro dia con la mejor disposición

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 05/ Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Zaid ospina.
- Edad: 63 | Sexo: f Documento: 65.693671
- Dirección: Calle 2 #8-35 B/ San rafael
- Teléfono: 3142640334 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

X Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
X Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES se tiene disposición de la adulta mayor y Participa de las actividades

Natalia P.
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

ZAÍD OSPINA.
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 05/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Marlene paez
- Edad: 73 Sexo: F Documento: 41606673
- Dirección: 1126 Casa 11 1er Sector IB/ sta Rosa.
- Teléfono: 3104888738 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

X Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Se observa buena, lucidez y buena disposición al realizar actividades programadas por el personal.

Natalia Z.
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Marlene Paez
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 05/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Gloria Amparo Vargas Ramirez
- Edad: 60 Sexo: F Documento: 65/694.297
- Dirección: Mza K casa 34 B/ la esperanza
- Teléfono: 3138407978 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.
x ninguna

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Es una adulta Mayor Propositiva y Participativa atiende a llamados y es activa dentro del Programa centro dia.

Natalia Ruiz

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Gloria Amparo Vargas R

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 06/Noviembre/2025

LUGAR: Centro DIA Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Mirel Esperanza Franco
- Edad: 67 Sexo: F Documento: 38237775
- Dirección: MZ K Casa 5 B. la selva
- Teléfono: 3217196632 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad. X
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. X

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor es activa y comparte.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 06/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Día Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Maria Cecilia Rodriguez Orjuela.
- Edad: 62 Sexo: F Documento: 65700429
- Dirección: Calle 1 # 8-89- B/ San rafael
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

Realiza actividades trabaja en equipo junto al apoyo del equipo profesional.

Natural.
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma.
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 07/Noviembre/2025

LUGAR: Centro DIA Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Fabiola Rivera Báñez
- Edad: 66 Sexo: F Documento: 28716455
- Dirección: Cra 9 # 1-61 B/ Isaias Olivar
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

X Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
X Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES tiene buena disposición de trabajo dentro del grupo, y es colaborativa.

Natalia T

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Fabiola Rivera Báñez

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 07/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Amparo ortiz Ramirez
- Edad: 63 Sexo: F Documento: 65.691.693
- Dirección: Calle 21 #2-24 B/ Belen
- Teléfono: 3132921961 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación _X_ Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social _X_ Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Adulta Mayor con disposición de trabajar y participar con sus compañeros de trabajo

Natalia R
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Amparo Ortiz R.
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NRO.852-2025

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 07/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Rainelda Hernandez Correales
- Edad: 64 Sexo: F Documento: 65692185
- Dirección: Saucedal Casa 11.
- Teléfono: 310 758 4262. Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación __X__ Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social __X__ Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
*Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

Realiza actividades lúdicas y las realiza sin alteraciones comprendiendo a sus compañeros.

Natalia Z. P.
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Rainelda Hernandez
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 07/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Fruto Luis Barragan
- Edad: 79 Sexo: M Documento: 5897697
- Dirección: Mz 3 Casa 2 B. Rafael Pertuz Etapa 1
- Teléfono: 3144466599 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Adulto Mayor que participa de manera Moderada en las actividades del programa Centro dia.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NRO.852-2025

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 07/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Jose Hector Arcinegas.
- Edad: 66 Sexo: M Documento: 93117350.
- Dirección: M21 Casa 19 B/ Cafasur
- Teléfono: 3004450802 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** Se evidencia Compromiso con el programa. Centro dia manifiesta estar muy alegre y recibe alimentos.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Jose Hector Arcinegas
FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990,366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NRO.852-2025

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 07/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Gloria Ines Garcia
- Edad: 61 Sexo: F. Documento: 65.693.599
- Dirección: Mza # Casa 5 B/ la Magdalena sector 1
- Teléfono: 3133609121 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES adulta Mayor que Participa de Manera activa en el Programa centro dia.

Natalia R

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 07/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Visitacion Garcia Herrera.
- Edad: 91 Sexo: F Documento: 28708016.
- Dirección: Calle 1 #7-08 B/ San rafael.
- Teléfono: 3001148810. Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
X Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
X Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomia
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

realiza actividades se ha realizado seguimiento y realiza juegos y socializa con su entorno

NAdriana

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

NO FIRMA.

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 07 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Nelson velasquez Montaña
- Edad: 65 Sexo: M. Documento: 93.118491
- Dirección: Mza I casa 14 B/ recreo
- Teléfono: 3206712547 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** Adulto mayor, que participa activamente en el Programa, es colaborador y hace amigos con facilidad

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 07/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal.

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Luz Marina Ortiz Barragan
- Edad: 63 Sexo: F Documento: 65697943
- Dirección: Cll 3 N°4-24 B. San Pedro
- Teléfono: 3134528944 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor se muestra participativa y receptiva

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 08 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Día Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Luis Enrique Vidal Alcantara
- Edad: 63 Sexo: M Documento: 93112491
- Dirección: Cr10 N° 23-11 B. Fatima
- Teléfono: 3209797826 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

El señor es solidario, le gusta trabajar en equipo, es respetuoso con sus compañeros y participa en las actividades

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 08 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Maria del Carmen Barbosa Diaz
- Edad: 71 Sexo: F Documento: 65.695259
- Dirección: Mza A Casa 13 B/ Primero de Mayo
- Teléfono: 3219662438 Zona: Urbana ( ) Rural ( )
  3177487483

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** Participa activamente en las actividades del Programa, siendo buena compañera

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 08/ Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: María Edilma Hernandez
- Edad: 66 Sexo: F Documento: 65692703
- Dirección: Urbanización el bosque. MZ 1 Casa 2
- Teléfono: 313 586 7929 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. X

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor es receptiva y tranquila, expresa sentirse bien en el programa.



HUELLA

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Edilma Fernandez

FIRMA ADULTO MAYOR

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 08/ Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Blanca flor Prada Guerra
- Edad: 64 Sexo: F Documento: 65 693 900
- Dirección: Mza L casa 7 Bl la esperanza
- Teléfono: 3112487923 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor ha desarrollado un buen trabajo en equipo.

Natalia S.
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Blanca Flor Prada Guerra
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NRO.852-2025

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 08 Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro Dia ESPINAL

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Nestor Gilberto Montealegre.
- Edad: 77 Sexo: M Documento: 19104332
- Dirección: CV 7 N° 7-23 B. Centro
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

La persona mayor es respetuoso con sus compañeros, le gusta participar en las actividades.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 08/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Ismelda Alvarez Lozano.
- Edad: 68 Sexo: F Documento: 28716 525.
- Dirección: M2 Casa 24 Sector 1 / B/ magdalena
- Teléfono: 3103485454 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomia
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

Realiza actividades programadas por el personal no se evidencian alteraciones al momento de la valoración.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 08 /Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Alfredo labrador ochoa
- Edad: 87 Sexo: M Documento: _____
- Dirección: Mza L Casa 5 B/la Magdalena Sector 1
- Teléfono: _____ Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

X Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
X Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Adulto Mayor ha Mejorado Significativamente en el estado de animo cuando participa en las actividades del programa.



FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 08 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Julio Campos Luna
- Edad: 70 Sexo: M Documento: 93.115.911
- Dirección: Mza A Casa 18 B/ Villa Lorena
- Teléfono: 3209656467 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

X Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** Adulto Mayor que Participa activamente de acuerdo a su limitacion de movilidad.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

5223

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 10 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Carmen galindo de Herrera
- Edad: 82 Sexo: F Documento: 28711542
- Dirección: _____
- Teléfono: _____ Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social ___ Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

X Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
X Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES adulta mayor que asiste con frecuencia a pesar de su discapacidad física

Natalia Z

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 10 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Día Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Jose Lisimaco Cespedes Leyton
- Edad: 70 Sexo: M Documento: 93.115.220
- Dirección: Mza L1 Casa 7 B/ Villa Catalina
- Teléfono: 3133548804 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

X Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES adulto mayor activo que participa de las actividades propuestas dentro del programa

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 10 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Gloria Esperanza Gomez
- Edad: 65 Sexo: F Documento: 65690790
- Dirección: B. San Pedro Mz 11 Casa 8
- Teléfono: 3202817159 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. X

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La señora Gloria se muestra participativa y sociable.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 10/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Humberto Gomez Barrero
- Edad: 63 Sexo: M Documento: 93119979
- Dirección: Cll 5N-B-69 B. San Rafael
- Teléfono: 3112598884 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor se muestra participativa y mantiene una actitud activa durante las actividades del Centro Dia.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 10 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Del Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Sonia Hernandez Saenz
- Edad: 63 Sexo: f Documento: 65.692.610
- Dirección: Mza 1 Casa 6 B/ Puerto Peñon 1 etapa.
- Teléfono: 3155134931 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Siempre Participa en las actividades del Programa es complaciente y hace amigos con facilidad

Natanael

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Sonia Hernandez S.

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 10 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Martin Bocanegro Trujillo
- Edad: 66 Sexo: M Documento: 93.117379
- Dirección: B1 Cafasur Mza P. Casa 3
- Teléfono: 3222067182 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social ___ Económica X Salud X Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** adulto Mayor quien es activo en el Programa y participa de todas las actividades propuestas

N Madariaga
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Martin Bocanegra.
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 10 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Urbano Huertas Godoy
- Edad: 65 Sexo: F Documento: 93.122.168
- Dirección: Mz 9 1 Casa 4 B/ la esperanza
- Teléfono: 3103040442 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Participa de las actividades activamente, es colaborativa.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 11 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Gilberto Cabezas.
- Edad: 69 Sexo: M Documento: 93.116.995
- Dirección: Mz2 6 Casa B B Baleares
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Adulto Mayor que llega con una actitud negativa y poca disposición al dialogo ahora ha mejorado su actitud, logrando convivencia positiva

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 11 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Samuel Garcia Rojas
- Edad: 72 Sexo: M Documento: 931 5 898
- Dirección: Cr 11 # 20-39 B. Santa Margarita
- Teléfono: 3134994246 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).X
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

El adulto mayor se observa participativo y alegre durante el desarrollo del Programa.

Natalia

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 11 /Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Marco Vega Aragon
- Edad: 68 Sexo: M Documento: 93113623
- Dirección: Cr 10 N° 375 B. Caballero y Gongora
- Teléfono: 3227508158 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

Adulto mayor con buena disposición para participar, sociable y tiene buen trato hacia su compañero.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 11 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Nana Veronica Rivera Escobar.
- Edad: 71 Sexo: F. Documento: 28714.134
- Dirección: Mza H Casa 4 B/ta Magdalena 1 Sector.
- Teléfono: 3204330551 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES adulta Mayor que tiene buena fluidez verbal y es buena compañera

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 11 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Gonzalo Hernandez
- Edad: 70 Sexo: M Documento: 93.116.871
- Dirección: M7. M Casa 45 B. la esperanza
- Teléfono: 3223997049 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión. X
Disminución de la audición. X
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor mantiene una participación constante y una actitud dinámica durante el desarrollo de las actividades.

Natalez.t
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 11/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Gloria Esperanza de los Rios Giraldo
- Edad: 62 Sexo: f Documento: 38264440
- Dirección: Calle 15 #8-75 B/Santa Margarita Manz
- Teléfono: 3103191711 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Sigue con poca interaccion social con sus compañeros del programa, mostrando aislamiento y escasa participacion en las actividades grupales.



Natalia Ortiz
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Gloria de los Rios
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 11/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Nestor Arteaga Vega
- Edad: 65 Sexo: M Documento: 93113332
- Dirección: CRA N-9-95 B. Santa Margarita
- Teléfono: 3134019479 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

El adulto mayor presenta una buena adaptabilidad a las actividades desarrolladas

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 11 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: fernando sanchez Rodriguez
- Edad: 71 Sexo: M Documento: 5.902.474
- Dirección: calle 10 #10-33 B/Caballero y Gongora.
- Teléfono: 3115729125 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES adulto Mayor con excelente disposición con el programa

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 12/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Día Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Hector Navarro Cuellar
- Edad: 73 Sexo: M Documento: 5.901.162
- Dirección: Calle 2 # 11-21 B/ Isaias oliver
- Teléfono: 3138064818 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación x Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social x Económica ___ Salud x Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
x Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

x Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomia
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** se evidencia buena relación con los compañeros favoreciendo la interacción social y el fortalecimiento de vínculos afectivo

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 12/ Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Maya Maleny Aguirre cardoso
- Edad: 61 Sexo: F Documento: 65 695. 774
- Dirección: Calle 2 #11-21 B/ Isaias olivar
- Teléfono: 3138064815 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X___ Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X__ Económica ___ Salud X__ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomia
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES la Persona Manfesto Sentirse incluida dentro del grupo lo que favorece su bienestar emocional y Sentido de Pertenencia.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 12/Noviembre/2025

LUGAR: Centro DIA Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Argenilo Morales Tocora
- Edad: 85 Sexo: M Documento: 5.894.771
- Dirección: Calle 2 #16-60 B/ Isaias olivar.
- Teléfono: 3132953102 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Se evidencia buena relacion con los compañeros, favoreciendo la interaccion social y el fortalecimiento de vinculos afectivos

Natenial

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Argenilo Morales

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 12/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Día Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: María Elida Arias Solano
- Edad: 65 Sexo: F Documento: 65 690 939
- Dirección: Cll 2 N° 10-60 B. Isaras Ohuay
- Teléfono: _____ Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad. X
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. X

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor es respetuosa, amable y comprensiva

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 12/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Jesús Antonio Cardona
- Edad: 85 Sexo: M Documento: 2382332
- Dirección: Cll 1 N°10-71 B. Isaias Olivo
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación _X_ Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social _X_ Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad. X
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión. X
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

Participa de manera constante y demuestra interes en las dinamicas grupales.

Natalia77
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 12/Noviembre/2025

LUGAR: Centro bra Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Ana Natividad Rivas Salas
- Edad: 83 Sexo: F. Documento: 28 677 260
- Dirección: Calle 2 # 10-59 B/ Isaias Olivar
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** Durante las actividades se ha observado afecto positivo, integracion con el grupo y buena interaccion social



Natalia

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 13/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Anstides Monroy
- Edad: 81 Sexo: M. Documento: 14197516
- Dirección: Mza L casa 8 B/la esperanza
- Teléfono: 3223995046 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X___ Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
XDolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
XFatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

XSeguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** El adulto mayor refiere sentirse acompañado y agradecido por el apoyo brindado en el programa Centro Dia

Natalia

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Anstides Monroy

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 13/Noviembre/2025

LUGAR:

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Edgar ospina Espinosa
- Edad: 65 Sexo: M Documento: 93.118007
- Dirección: Calle 1 # 10-43 B/ Isaias Olivar
- Teléfono: 3224453019 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación _x_ Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social _x_ Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

X Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
X Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
x Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES se ha mostrado participativo con interes de disposicion para compartir con otros compañeros

Natalia Z R
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Edgar Ospina E
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 13/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Maria Olimpa Prada
- Edad: 90 Sexo: F Documento: _____
- Dirección: Mz J Casa 15 B.la Esperanza
- Teléfono: 3133912548 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación _x_ Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social _x_ Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad. x
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido). x
Pérdida parcial o total de la visión. x
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas). x
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual x
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor se muestra dispuesta, tranquila. Sin embargo expresa sentirse alegre en el programa.

Natalia Z.F

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 13/ Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Arnulfo Artega
- Edad: 71 Sexo: M Documento: 5902131
- Dirección: Mz 6 N° 20-62 B. Libertador
- Teléfono: 2399426 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

El adulto mayor tiene buena disposicion a las actividades desarrolladas en el programa

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NRO.852-2025

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 13/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Día Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Jose Vicente Montealegre
- Edad: 72 Sexo: M Documento: 5.902.267
- Dirección:
- Teléfono: 316 640 7490 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión. X
Disminución de la audición. X
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. X

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

El señor participa de forma regular en las actividades ejecutadas en el programa.

Natalia Z

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firmo

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 13/ Noviembre/2025

LUGAR: Centro DIA Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Maria Elva Cardenas
- Edad: 83 Sexo: F Documento: 28708628
- Dirección: CRA N: 2-26 B. San Rafael
- Teléfono: 3172866856 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.X
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión. X
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).X
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor evidencia participación activa y disposición expresa sentirse alegre en el programa.

Natalia Z.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 13/Diciembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Rogelio Paramo Rodriguez
- Edad: 67 Sexo: M Documento: 93.117.527
- Dirección: Mza 4 Casa 2 B/ el Pasque
- Teléfono: 3134646263 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación _X_ Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social _X_ Económica ___ Salud _X_ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Mantiene una actitud Positiva frente al Programa, teniendo buena participacion diana.

Natalia

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Rogelio Paramo

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 14/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Maria Mabel Avila Vasquez.
- Edad: 66 Sexo: F Documento: 65702019
- Dirección: M26 casa 6/B Diamo niño.
- Teléfono: 3112912514 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación _X_ Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar _X_ Social ___ Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** adulta mayor con buena participación dentro del programa

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 14 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro DTG Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Elpidia Bolaños Poloche
- Edad: 61 Sexo: f Documento: _____
- Dirección: Cra 8 #3-68 B/ San Rafael
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Adulta Mayor con buena Participacion de asistencia.

Natalia

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 19/ Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Araccly Cortés Angarita
- Edad: 65 Sexo: F Documento: 28717485
- Dirección: M7 B Casa 20 B. Villa Paz
- Teléfono: 3202235434 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor es sociable y participativa.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Araccly Cortés Angarita
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 14 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Estella Victoria Dantonio
- Edad: 79 Sexo: _____ Documento: 23543576
- Dirección: B. Ilano Grande Mz C casa 9
- Teléfono: 3134513750 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

La persona mayor es dinamica y perceptiva.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Stella D'Antonio A.
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 14/ Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro DIA Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Amparo Martinez de Cruz
- Edad: 67 Sexo: F Documento: 28716444
- Dirección: Mza 14 Casa 6 B/ San Pedro
- Teléfono: 3209034376 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social ___ Económica X Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

X Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
X Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES adulta Mayor que asiste al Programa de acuerdo a sus capacidades físicas

Natalia

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 14/ Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Maria de los Angeles Sanchez
- Edad: 67 Sexo: F Documento: 28717394
- Dirección: Entre Rios Casa 49
- Teléfono: 3133046610 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. X

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomia
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor es perceptiva y expresa su punto de vista en las diferentes tematicas y actividades

Natalia R.
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Maria de los angeles S.
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NRO.852-2025

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR	
FECHA DE SEGUIMIENTO:	14/ Noviembre/ 2025
LUGAR:	Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Manuel Rodriguez Cruz
- Edad: 76 Sexo: M Documento: 5.900.573
- Dirección: Calle 2 #3-31 B/ la esperanza
- Teléfono: 3202195572 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

X Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Adulto Mayor que es buen Compañero en el Programa,

Natalia

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 19/ Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Luis Armando Rodriguez
- Edad: 66 Sexo: M Documento: 93118577
- Dirección: Cll 15 N-2-02 B. Pandan
- Teléfono: 3139785598 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación x Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social x Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual x
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

El adulto mayor se muestra activo, con buena presentación personal

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 15/ Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Teresa de Jesus Rodriguez
- Edad: 68 Sexo: F Documento: 28715701
- Dirección: Mz S Casa 5 B. El Palmar
- Teléfono: 3125563946 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Persona que participa del Programa, tiene buena presentacion personal

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 15 /Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Alirio Moreno Vargas
- Edad: 87 Sexo: M Documento: 5488146
- Dirección: MzA3 casa 11 B. Villa Centenario
- Teléfono: 3151961980 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación _x_ Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social _x_ Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. x
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).x
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual x
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor se observa muy tranquila y participativa.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Espinal CRECE

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NRO.852-2025

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 15 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Blanca Cecilia Soliz Gaviria
- Edad: 65 Sexo: F Documento: 65690015
- Dirección: Cr 7 N° 19-17 B. Libertador
- Teléfono: 310 241 2293 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación x Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social x Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. x

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual x
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** adulta mayor con buena disposición en el Programa centro día

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

5262

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 15 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Arcelia Cellar Soto
- Edad: 75 Sexo: F Documento: 65708635
- Dirección: Cr 7. Calle 15 - 114 B. Centro
- Teléfono: 3219062615 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación _X_ Apoyo ____ Otro ____

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social _X_ Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión. X
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

La persona mayor es proactiva y mantiene una actitud colaborativa.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 15/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Consuelo Romero Ramirez
- Edad: 69 Sexo: f Documento: 28.756.332
- Dirección: Mza J casa 34 B/ la esperanza
- Teléfono: _____ Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES la adulta Mayor tiene siempre buena disposición para trabajar es compañerista.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 15/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Rufito Suarez
- Edad: 86 Sexo: M Documento: 5094747
- Dirección: Cll 11-Cr13 N:13-45 B Calaveno 49.
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición. X
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

Se observa que la persona mayor es tranquila y respetuosa.

Natalia F.
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 15/ Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Ricardo Trujillo Franco
- Edad: 65 Sexo: M Documento: 93 120375-
- Dirección: Calle 15 B/ rondon.
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES se observa un excelente estado de adaptacion, comprometido con el programa realizando actividades programadas

Natalia T
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No Firma.
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

5266

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 18/Noviembre/2025

LUGAR: Centro DIA Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Efrain Vera Nogera
- Edad: 67 Sexo: M Documento: 93116841
- Dirección: Cra 1 N° 17-47 B. Bondon
- Teléfono: 316 629 0703 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición. X
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

Evidencia participación y compromiso en las actividades programadas.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

5269

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 18/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Ana Maria villareal de Diaz
- Edad: 76 Sexo: F Documento: 65690414
- Dirección: Calle 10 #13-38 B/ caballero y gongora
- Teléfono: 3112172649 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social ___ Económica X Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** adulta Mayor que participa de todas las actividades del programa

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NRO.852-2025

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 18/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Margarita Paez Mogollon
- Edad: 75 Sexo: F Documento: 28771992
- Dirección: Mz M Casa 37 B. la Esperanza
- Teléfono: 3168569039 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición. X
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

Se observa involucramiento y proactividad en las diferentes actividades recreativas.

Natalia

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Margarita Paez M.

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 18/ Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Blanca Isabel Arboleda Marin.
- Edad: 89 Sexo: F Documento: 29271464
- Dirección: Cra 7 #69 B/ primero de Mayo
- Teléfono: 3115763050 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar X Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

x Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
x Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
x Dolencias musculares y articulares permanentes.
x Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

x Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

se identifica la necesidad de continuar fortaleciendo la Movilidad y la estabilidad al caminar para prevenir caidas

Natalia Z.
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 18/ Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro Día Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: María Regina Giraldo Henao
- Edad: 67 Sexo: F. Documento: 22.108.283
- Dirección: Luis Carlos Galan, torre 14 #19.302
- Teléfono: 3142744428 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar X Social X Económica X Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La adulta Mayor refiere sentirse acompañada y agradecida por el apoyo brindado por el programa Centro día.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

María Regina Giraldo

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 18/ Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Salustriana Gomez araque
- Edad: 81 Sexo: F Documento: 28.237.251.
- Dirección: Cle 5 # 5-19 B/ San rafael.
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar X Social X Económica X Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
X Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES En el transcurso de su asistencia se evidencio participacion activa, mostrando interes y disposicion para compartir con otros compañeros.

Natalia

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Salustriana Gomez.

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 19/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Cesar Augusto Cruales Cadena
- Edad: 70 Sexo: M Documento: 93.115.350
- Dirección: Cra 8a # 18-46 B Santa Margarita Mana.
- Teléfono: _____ Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ____ Otro ____

2. AREA OBSERVADA

Familiar X Social X Económica X Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.
ninguna X

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 19/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Ana María Ortiz
- Edad: 64 Sexo: F Documento: 28709681
- Dirección: Mza D casa 36 B/Primero de Mayo
- Teléfono: 3108081132 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar X Social X Económica X Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES adulta Mayor con buena disposicion participa en el programa



FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 19/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Jose Gregorio Urquizo
- Edad: 75 Sexo: M Documento: 5.901.443
- Dirección: Cra 5 calle 1 # 4-33 B/San rafael
- Teléfono: 3223997099 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar X Social X Económica X Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Refiere que se ha sentido feliz en el programa Centro dia.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NRO.852-2025

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 19/ Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Cecilia Oviedo Ospina
- Edad: 82 Sexo: F Documento: 41490121
- Dirección: B. San francisco
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición. X
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor prefiere las actividades tranquilas que no requieran tanto movimiento.

Natalia

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 19/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Pablo Diaz Bermudez
- Edad: 71 Sexo: M Documento: 5902376
- Dirección: CRS N-3-49 B. San Rafael
- Teléfono: 3107664667 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación _X_ Apoyo ____ Otro ____

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social _X_ Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición. X
Dolencias musculares y articulares permanentes X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

La persona mayor presenta una p... actitud y expresa sentirse bien durante la ejecución del programa.

Natalia

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Pablo Díaz

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 20 Noviembre 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Lucy Amparo Nustes
- Edad: 64 Sexo: F Documento: 65.693.747
- Dirección: Calle 18 #3-31 B/ Londoño
- Teléfono: 3124498182 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar X Social X Económica X Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Refiere que se ha sentido excelente en el programa centro día ha conseguido muchas amigas y no se siente sola.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 20/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Ruth Delina Zamora
- Edad: 62 Sexo: F Documento: 40 720186
- Dirección: Mza M casa 2 B/ la Magdalena S.2
- Teléfono: 3132491579 Zona: Urbana ( ) Rural (X)

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social ___ Económica X Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES adulta Mayor con excelente participación en el programa

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Ruth Delina Zamora G
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 22/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Blanca Nelly Ramirez de Tapiero
- Edad: 79 Sexo: F Documento: 28.864.764
- Dirección: Cra 4 # 4-66 B/ Isaias Olivar
- Teléfono: 3138530470 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

X Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
X Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** adulta Mayor con buena participación dentro del Programa

Natalia R

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Blanca N. de Ramirez

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 22/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Lucrecia Sanchez
- Edad: 64 Sexo: F Documento: 28708357
- Dirección: Cll 9 N° 13-10 B. Caballero y Garzon
- Teléfono: 3172559655 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación x Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social x Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad. x
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas). x
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

Seguimiento Individual x
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

La persona Mayor ha mostrado adaptabilidad al grupo de compañeros y las actividades.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 22 / Noviembre / 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Maria Ofelia Romero Galindo
- Edad: 67 Sexo: F Documento: 26558679
- Dirección: Cll 19 Nº 9-23 B. Santa Margarita
- Teléfono: 3232046014 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión. X
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. X

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor es tranquila, respetuosa y comprensiva.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 22/ Noviembre/ 2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Omaira Toro Gutierrez
- Edad: 72 Sexo: F Documento: 26677942
- Dirección: Cr 5 N°15-01 B. Libertador
- Teléfono: 3188206494 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

La persona mayor se muestra respetuosa y sociable

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 22/Noviembre/2025

LUGAR: Centro Dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Nana Evelia oviedo
- Edad: 80 Sexo: F Documento: 41 541 736
- Dirección: B/ esperanza Man. F Cas 7.
- Teléfono: _____ Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.
Ninguna

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Adulta mayor con buena disposición en todas las actividades realizadas por el programa Centro dia.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NRO.852-2025

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR
FECHA DE SEGUIMIENTO: 13 de Noviembre 2025
LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Martha lucia Sanchez quintero
- Edad: 70 Sexo: f Documento: 65.690.345
- Dirección: Calle 17 # 8a - 65 B/ Santa Margarita Manca.
- Teléfono: 3178090828 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES Se evidencia Mejora en el estado de animo cuando participa en el Programa centro dia.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Martha Lucia Sánchez G.
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 13 Noviembre 2025

LUGAR: Centro dia Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Alfredo Calderon Jaramillo
- Edad: 83 Sexo: M Documento: 5 897 063
- Dirección: B. Santa Maryanita Cr 9 - N° 20-65
- Teléfono: 3186045359 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación x Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social x Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. x

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

Seguimiento Individual x
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

El persona mayor es participativa y comprensiva.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 14 Noviembre 2025

LUGAR: Centro día Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Ricardo Cifuentes
- Edad: 66 Sexo: M Documento: 93117080
- Dirección: B. Juan Pablo Segundo
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

El señor es campesino y le gusta participar en las actividades propuestas en el programa

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR	
FECHA DE SEGUIMIENTO:	14 de Noviembre 2025
LUGAR:	Centro dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Emperatriz Gil Lopera
- Edad: 74 Sexo: F Documento: 28711870
- Dirección: Cr 9 N: 1-80 B. Isaias Olaya
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación _X_ Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social _x_ Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.X
Dolencias musculares y articulares permanentes.X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. X

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

Es colaboradora y Dinamica.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NRO.852-2025

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 15 de Noviembre 2025

LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Hernando Palacios
- Edad: 76 Sexo: M Documento: 5894894
- Dirección: B. Betania Cr 3 N°752
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.X
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. X

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona Mayor expresa sentirse comodo y alegre en el programa! es participativo y sociable.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Hernando Palacios R
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 18 de Noviembre 2025

LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Pastora Rodriguez
- Edad: 75 Sexo: F Documento: 24.480.697
- Dirección: Cra 12 #3-85 B/ Isaias olivar
- Teléfono: 3204627261 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
X Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
X Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
X Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES** adulta Mayor con buena disposición para la participación

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 14 de Noviembre 2025

LUGAR: Centro día Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Mateo Ochoa
- Edad: 79 Sexo: M Documento: 5898235
- Dirección: Cr 10 N=10-54 Caballero y Gongora
- Teléfono: 3135831383 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

Es participativo y sociable. Indica sentirse bien con el programa.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 15 Noviembre 2025

LUGAR: Centro día Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Mary Inés Galeano Gongora
- Edad: 73 Sexo: F Documento: 28712457
- Dirección: B. la cruz manzana 6.
- Teléfono: 3212377167 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social ___ Económica X Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).X
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas). X
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor tiene una buena actitud durante el desarrollo de las actividades.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 15 Noviembre 2025

LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Matilde Ballesteros
- Edad: 86 Sexo: F Documento: 26673673
- Dirección: MZ J CS 2 B. el futuro
- Teléfono: 3164256747 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad. X
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión. X
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas). X
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. X

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

Se ha observado que por las limitaciones de movilidad no es tan activa, sin embargo es muy receptiva y sociable.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Matilde Ballesteros
FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 15 de Noviembre 2025

LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Vicente Emilio Rodriguez
- Edad: 65 Sexo: M Documento: 5835988
- Dirección: B. Nacional transv. 4 N° 12-1-34
- Teléfono: 3193786010 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación x Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social x Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

El señor es proactivo y muestra una actitud colaborativa durante el desarrollo de las actividades del programa.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Vicente Rodriguez
FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 18 Noviembre 2025

LUGAR: Centro dia Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Jose Sebastian Leal Prieto
- Edad: 84 Sexo: M Documento: 4.955.713
- Dirección: B. Futuro Mz B Casa 6
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión. X
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

El señor es comprensivo, disfruta mas de las actividades que no implican tantos movimientos físicos.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 18 de Noviembre 2025

LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Eduardo MORENO
- Edad: 74 Sexo: M Documento: 11291896
- Dirección: B la magdalena
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación x Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social x Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión. x
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas). x
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. x

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual x
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

El señor es muy tranquilo, compañerista y participa en las actividades propuestas por el programa

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 18 noviembre 2025

LUGAR: Centro dia espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Maria Elena Tola Santa
- Edad: 77 Sexo: F Documento: 20646504
- Dirección: Cr 9 N° 1-61 B. Villas Olivar
- Teléfono: 3203085867 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición. X
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor es participativa y expresa sentirse alegre en el programa.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 18 de Noviembre 2025

LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Jorge Eliecer Ordoñez
- Edad: 66 Sexo: M Documento: 1130 6887
- Dirección: Mz 6 Casa 4 B. San Francisco
- Teléfono: 3138645811 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad. X
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. X

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

Evidencia disposición y compromiso en las actividades Programadas.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

NO firma
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 18 de Noviembre 2025

LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Alix María Ríos Quintero
- Edad: 79 Sexo: F Documento: 21165077
- Dirección: Calle 21 N-2-91 B. Belen parte alta
- Teléfono: 3182058163 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición. X
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor es muy participativa. Expresa que se siente alegre por estar en el programa.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Alix Mª Ríos B.
FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 15 Noviembre 2025

LUGAR: Centro dia espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Maria Marleny Barrero
- Edad: 81 Sexo: F Documento: 26416952
- Dirección: B Nacional
- Teléfono: _____ Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición. x
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar. x

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual x
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor expresa que se siente alegre. Se le observa saludable y complacida.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

NO FIRMO
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 1 de Noviembre de 2025

LUGAR: Centro día Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Regulo Sarmiento Torres
- Edad: 74 Sexo: M Documento: 455.363
- Dirección: Calle 11 · B. Luis Carlos Galan
- Teléfono: 3123674948 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

Se observa muy tranquilo y sociable

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Regulo Sarmiento
FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NRO.852-2025

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 19 de Noviembre de 2025

LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Maria Nubia Gomez
- Edad: 69 Sexo: F Documento: 28779645
- Dirección: Mz K casa 2 B. la esperanza
- Teléfono: 3119055220 Zona: Urbana (x) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación x Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social x Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. x
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual x
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

La persona mayor muestra disposición en las actividades desarrolladas

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 20 de Noviembre de 2025

LUGAR: Centro dia Espinal

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO**

- Nombre completo: Jorge Luis Cueto
- Edad: 72 Sexo: M Documento: 5902176
- Dirección: CV9 N-2-35 B. Isaias Olaya
- Teléfono: 3732670899 Zona: Urbana (X) Rural ( )

1. **MOTIVO DEL SEGUIMIENTO**

Visita domiciliaria ___ Verificación _X_ Apoyo ___ Otro ___

2. **AREA OBSERVADA**

Familiar ___ Social _X_ Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. **DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. **PLAN DE CONTINUIDAD**

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. **OBSERVACIONES GENERALES**

Participa de manera constante y demuestra interés en las diferentes dinamicas.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 19 de Noviembre de 2025

LUGAR: centro dia Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Ana Lucia Guerra
- Edad: 93, Sexo: F. Documento: 28767197
- Dirección: Mza L Casa 7 B/ esperanza
- Teléfono: 3138692950 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social ___ Económica X Salud X Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes.
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

X Seguimiento Individual
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

adulta mayor con buena disposición

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma.
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FECHA DE SEGUIMIENTO: 19 de Noviembre de 2025

LUGAR: Centro día Espinal

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

- Nombre completo: Mary Inés Herran
- Edad: 69 Sexo: F Documento: 28715562
- Dirección: Cll 18 N°1-35. B. Belen alto
- Teléfono: 3213640426 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

1. MOTIVO DEL SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria ___ Verificación X Apoyo ___ Otro ___

2. AREA OBSERVADA

Familiar ___ Social X Económica ___ Salud ___ Otra ___

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

Limitaciones en la movilidad.
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (aseo, baño, vestido).
Pérdida parcial o total de la visión.
Disminución de la audición.
Dolencias musculares y articulares permanentes. X
Uso de ayudas técnicas (bastón, caminador, silla de ruedas).
Fatiga frecuente o cansancio al caminar.

4. PLAN DE CONTINUIDAD

Seguimiento Individual X
Fortalecimiento de la Autonomía
Acompañamiento Emocional
Integración Social

5. OBSERVACIONES GENERALES

Se observa involucramiento y proactividad en las diferentes actividades sociales y recreativas.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 20 de noviembre de 2025
	LUGAR: Centro día ESPINAL

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO
Nombre completo: Miguel Angel Portela Murillo
Edad: 68 Sexo: M Documento de identidad: 93.116991
Dirección: Calle 4 #5-21 B/ San rafael
Teléfono: 3108639311 Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL
Refiere que vive solo, tiene una hija yuly Isabel portela de 34 años de edad, labora en una fabrica de almohadones en el Guamo le colabora economicamente.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO
vive en arriendo (400.000), consta de una habitación, cocina baño y cuenta con todos los servicios publicos agua, gas, luz.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)
su red familiar es su hija y sus nietas que lo acompañan y cuidan, tiene buenos vecinos.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA
Recibe subsidio de adulto mayor (80.000), el señor Miguel trabaja los domingos en la plaza de alimentos y ventas.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS
Refiere que sufre de hipertención diabetes, se presenta en buenas condiciones, bien vestido.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL
Asiste al Programa centro dia.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 24 de Noviembre de 2025
	LUGAR: Centro día Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO
Nombre completo: Margarita olaya olaya.
Edad: 67 Sexo: f. Documento de identidad: 28757777.
Dirección: Mza I casa 14 B/la esperanza
Teléfono: 3115890067 Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL
Refiere que vive con su esposo orlando suarez 67 años, tiene 2 hijos, quienes le colaboran economicamente esporadicamente.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO
Casa de tenencia propia consta de sala, comedor, tiene 3 habitaciones cocina baño, cuenta con todos los servicios agua, luz, gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)
Su red de apoyo, son su esposo y sus hijos quienes fungen acompañamiento y cuido.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA
Recibe subsidio del Programa adulto mayor ($80.000) y su hijos que fungen la economia en el hogar.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS
Refiere que sufre de hipertención y diabetes, asiste al Programa con buena disposición.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL
Asiste al Programa centro día.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 22 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO
Nombre completo: Maria Amparo Mejia de Ramirez
Edad: 65 Sexo: F Documento de identidad: 65.585.024
Dirección: Mza K casa 19 B/ la esperanza
Teléfono: 3133250080 Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL
Refiere que vive con 2 hijos trabajan en la alcaldia, su hijo Freve 2 Frever, tiene 4 hijos Mas, quienes le colaboran economicamente.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO
casa familiar consta de 2 habitaciones, sala, cocina, baño, Patio, cuenta con todos los servicios publicos, agua, luz gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)
Su red de apoyo familiar son sus 2 hijos quienes Cuidan y acompañan.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA
Recibe Subsidio de la tercera edad (80.000), y sus hijos Suplen sus necesidades basicas.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS
Refiere que es hipertensa, artritis, asiste al Programa con buena disposición y en buenas condiciones de aseo

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL
Asiste al Programa centro dia.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solunterras@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 21 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro día Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Nora Cruz Parra
Edad: 79 Sexo: F. Documento de identidad: 65.694.446
Dirección: Cra 10 # 10-56 B/ Caballero y Gongora.
Teléfono: 3135439283 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

Refiere que vive con su esposo Mateo ochoa, no trabaja, 2 hijos quienes le colaboran economicamente y es esporadico.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

Casa familiar, consta de 2 habitaciones, cocina, baño, patio, cuenta con todos los servicios publicos agua, luz, gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su red de apoyo familiar es su esposo quien funge acompañamiento y cuido.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Recibe Subsidio del Programa de la tercera edad ($80.000) y sus hijos suplen las necesidades basicas.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Refiere que sufre de hipertención, asiste al Programa en buen aseo Persona.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro día.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 22 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO
Nombre completo: Jesus Ernesto Rodriguez Rojas
Edad: 66 Sexo: M Documento de identidad: 93117518
Dirección: Mza K casa 20 B/ la esperanza
Teléfono: 3224234923 Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL
Refiere que vive con una hija isabel Rodriguez 43 años, trabaja en oficios varios, 3 hijas mas le colaboran economicamente esporadica.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO
casa familiar, consta de 4 habitaciones, sala, cocina, baño patio cuenta con los servicios de agua, luz y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)
Su red de apoyo es su hija pues cuida y acompaña constantemente

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA
Recibe subsidio de adulto Mayor (80.000).

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS
Refiere que no sufre de ninguna enfermedad. asiste con buena vestimenta y buen aseo personal

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL
Asete al programa centro dia.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solvntersas@Gmail.Com

5310

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 22 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO
Nombre completo: Abelardo leal Qumbayo
Edad: 77 Sexo: M Documento de identidad: 5.898 761
Dirección: Bajno Bosque Casa 36
Teléfono: 3209813536 Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL
Refiere, que vive con su hija claudia Patricia y 2 nietas, la Mayor trabaja en almacen, 5 hijos le colaboran economicamente

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO
Casa arrendada (380 000) consta 2 habitaciones, sala, cocina, baño patio cuenta con los servicios Publicos Agua, luz, gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)
Red de apoyo familiar es su hija claudia Patricia y sus nietas, tiene buenos vecinos.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA
Recibe subsidio de la tercera edad (230.000), y sus nietas ayudan en la economia.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS
Refiere, que no sufre de ninguna enfermedad, asiste al Programa en condiciones adecuadas de aseo.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL
Asiste al Programa centro dia.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 24/Noviembre/2025
	LUGAR: Centro Dia Espinal.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: María Edith Carvajal de Garcia
Edad: 89 Sexo: F Documento de identidad: 28705630
Dirección: Mz 5 casa 7 B. El futuro
Teléfono: _____ Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor es viuda y vive actualmente con uno de sus hijos, tiene 4 hijos.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es de su hijo, cuenta con 2 habitaciones, Cocina, sala, baño y patio de ropas. Cuenta con servicios publicos de agua, luz y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su principal red de apoyo es el hijo con el que vive sin embargo sus otros hijos también están pendientes de ella.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

La persona mayor recibe el ingreso de Colombia Mayor ($230.000), y sus hijos se hacen cargo de las necesidades economicas.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

La persona mayor padece de Alzaimer, aparenta tener un buen estado de animo.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Acoste al programa Centro Dia.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor no está totalmente orientada debido a su diagnostico de alzaimer.

Natalia Z.
FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 24 de NOVIEMBRE 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Henry Briñez
Edad: 76 Sexo: M Documento de identidad: 5-899.373
Dirección: Calle 27 N=8a-60 B. Santa Margarita
Teléfono: 3132854976 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor expresa que vive con una hermana y el esposo, tiene 2 hijos.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

Refiere que la vivienda tiene 3 habitaciones, es de caracter familiar, cocina, baño, cuenta con todos los servicios publicos.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Expresa que su principal red de apoyo familiar es su hermana con la que vive.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

El Señor refiere que se dedica a hacer mandados, recibe el ingreso del programa "Colombia Mayor" ($80.000). También su hermana le aporta.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

La persona mayor refiere que padece diciembre, asiste regularmente a los controles medicos y toma medicamentos.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Recibe el programa de colombia mayor y es beneficiario del programa Centro Dia

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

Muestra un discurso coordinado y se muestra lúcido

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Henry Briñez
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 25 de noviembre 2025
	LUGAR: Centro día espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: María Enerith Ortiz De Rojas
Edad: 85 Sexo: F Documento de identidad: 28 943 423
Dirección: B. Iguaima Mz 20 casa 10
Teléfono: 320 304 4187 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor expresa que es viuda, vive con su hijo y su nuera. Tiene dos hijos

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es de su hijo, tiene 3 habitaciones, sala, cocina, baño y patio amplio, servicios públicos.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su principal red de apoyo familiar es su hijo y su nuera.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Expresa que sus hijos son los que se hacen responsables de ella económicamente, también recibe el ingreso de "Colombia mayor" ($225.000)

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

La persona mayor expresa que padece de vertigo.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa "Centro Día" y es beneficiaria del subsidio "Colombia Mayor"

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor se muestra coherente y centrada.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

5314

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 25 de noviembre de 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Celmira Huertas Obando
Edad: 76 Sexo: F Documento de identidad: 28711377
Dirección: Cll 9 N°12-83 B. Caballero y Gongora
Teléfono: 3106173308 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

Indica que es soltera, tiene un hijo y vive con una hermana, tiene una buena convivencia con su hermana.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La persona mayor expresa que la vivienda en la que habita es familiar, tiene 3 habitaciones, sala, cocina, 3 baños, y servicios publicos de energia electrica, agua y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su principal red de apoyo familiar es su hermana Luz Marina Huertas, también indica tener una amiga que representa un apoyo emocional.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

La persona mayor indica que recibe el Subsidio de Colombia Mayor ($230.000) y BEPS ($260000) cada dos meses.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

La persona mayor refiere ser hipertensa, asiste a los controles trimestrales, toma medicamentos (Losartan)

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al Programa Centro Dia. y recibe el Subsidio de Colombia Mayor

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email- Solvnteresas@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 25 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Nubia Ortegón Dominguez
Edad: 66 Sexo: F Documento de identidad: 51563389
Dirección: M24 Casa 1 B. San Pedro
Teléfono: 3103124666 Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica que vive sola y es viuda, tuvo 5 hijos, 4 de ellos están vivos y uno fallecido.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

Expresa que la vivienda en la que habita es de Caracter familiar, tiene 2 habitaciones, Cocina, baño, garaje, y todos los servicios publicos.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su principal red de apoyo son dos de sus hijas, principalmente su hijo menor Milton Javier.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Indica que sus ingresos, provienen del arriendo del garaje de su casa, y el subsidio del programa "Colombia mayor" ($80.000)

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Se identifica falta de apoyo emocional por parte de sus hijas.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Dia y es beneficiaria del programa "Colombia Mayor"

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

Se observa que la persona mayor es coherente con su discurso.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Nubia Ortegon D
FIRMA ADULTO MAYOR


HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 27 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Jorge Eliecer Lozano Rojas
Edad: 66 Sexo: M Documento de identidad: 93081063
Dirección: B. La Esperanza
Teléfono: 3124479559 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor expresa que vive con su pareja en union libre, tiene 2 hijos.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es familiar, tiene 3 habitaciones, cocina, sala, baño, cuenta con los servicios publicos de agua, luz y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

La persona mayor indica que su red de apoyo familiar es su hija, ya que es la que siempre está pendiente de sus necesidades.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Refiere que no tiene ningún ingreso economico, uno de sus hijos es el responsable de suplir sus necesidades economicas.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

El señor padece de hipertension, asiste a controles medicos mensuales y toma medicamentos.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

La persona mayor asiste y es beneficiario del programa Centro DIA.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

Conserva adecuada coherencia y coordinación.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 25 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia ESPINAL

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: María del Rosario Aranda Gutierrez
Edad: 65 Sexo: F Documento de identidad: 65 691 984
Dirección: Cll 4 N-7-52 B. San Rafael
Teléfono: 3118467442 Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La Señora indica vivir con su pareja en unión libre, y un hijo, tiene 4 hijos. expresa tener buena convivencia con su pareja y su hijo.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es familiar (pendiente de sucesión). tiene 3 habitaciones, Cocina, baño, patio y los servicios públicos de Agua, energía electrica y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Se identifica que su red de apoyo familiar es el hijo con el que vive, ya que tiene la disponibilidad de estar pendiente de ella.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Indica que su unico ingreso economico, proviene de sus hijos que ocasionalmente le envian dinero.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Dia.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

M Rosario Aranda G.
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 25 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Cecilia Salazar
Edad: 71 Sexo: F Documento de identidad: 28714261
Dirección: Cll 14 N=3-44 B. Rondon
Teléfono: 3208520176 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor expresa que es casada, vive con su Esposo, tiene 3 hijos.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

Indica que la vivienda en la que habita es familiar, tiene 2 habitaciones, comparte en una de esas habitaciones, baño y los servicios públicos de agua, luz y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su principal Red de apoyo familiar es su esposo, también una prima que vive cerca.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Su fuente de Ingresos es el subsidio que reciben ella y su esposo ($280.000) también una de sus hijas y sus nietos la apoyan ocasionalmente.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

La persona mayor padece de hipertension, toma medicamentos, también tiene un Catetensmo, está en control para estas enfermedades.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Día y es beneficiaria del programa Colombia mayor

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

Se observa que la persona mayor es coordinada, y expresa un discurso coherente

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Cecilia Salazar
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

5314

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 25 Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO
Nombre completo: Liz Myriam Moreno Calderon
Edad: 71 Sexo: F Documento de identidad: 28717196
Dirección: Mz I Casa 2 B. la esperanza
Teléfono: 3181335618 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL
La persona mayor refiere vivir en union libre con su pareja tiene 4 hijos de una pareja anterior, expresa tener una buena convivencia con su pareja.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO
La vivienda en la que habita es propia, cuenta con 4 habitaciones, sala, cocina, 2 baños, patio, garaje y los servicios publicos de energia electrica, Agua y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)
Su principal red de apoyo familiar son sus hijos, una hermana tambien indica que asiste a la iglesia y el cura representa un apoyo emocional para ella.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA
La persona mayor explica que sus ingresos provienen del subsidio de Colombia Mayor ($80.000), indica que sus hijos esporadicamente le aportan monetariamente.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS
Se identifica un bajo estado de animo a causa de el estado de salud de su pareja sentimental. ya que esto ha afectado su relación de pareja.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL
Asiste al prayrama Centro Dia

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solvuntercas@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 25 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia ESPINAL

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Javier Ignacio Martinez
Edad: 67 Sexo: M Documento de identidad: 93115164
Dirección: M7 15 Casa 13 B. San Pedro
Teléfono: 3115735772 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor refiere que está divorciado, y vive Solo, también indica que tiene un hijo de Cuarta.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es arrendada, tiene 2 habitaciones, cocina, baño, y los servicios publicos de agua, energía electrica y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Expresa que su principal red de apoyo es su hermana Betty, tambien indica que su Cunado Luis Rojas le brinda apoyo incondicional.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Expresa que sus ingresos economicos provienen de su actividad de vendedor informal de Chance, también recibe el subsidio de Colombia mayor ($80.000)

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

El Señor padece de diabetes e hipertensión, asiste a los controles regularmente, toma medicamentos para las dos enfermedades (metformina y losartan)

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro DIA y recibe el subsidio del programa

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor exhibe discurso organizado y un estado de consciencia lúcido.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 25 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Edgard Calderon Barreto
Edad: 68 Sexo: M Documento de identidad: 93116823
Dirección: Cr 10 N°22-78 B. Santa Margarita
Teléfono: 3228255618 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica que es divorciado, tuvo 3 hijos, uno de ellos ya falleció. Vive solo.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la q+ habita es familiar, tiene 3 habitaciones, 2 baños, sala, cocina, patio, cuenta con los servicios publicos de agua, luz y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su principal red de apoyo familiar es su hermano Aldemar.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

La persona mayor indica que sus ingresos provienen de su labor como reciclador.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al Programa centro Dia.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mestra un discurso coherente y coordinado.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 27 de Noviembre 2025
	LUGAR: centro dia espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Bellanit Prada Bañez
Edad: 62 Sexo: F Documento de identidad: 65692465
Dirección: Mz 14 Casa 9 B San Pedro
Teléfono: 320 869 5140 Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica que es viuda, tiene 2 hijos y vive con su hija, expresa que tienen una excelente convivencia y una relación estrecha

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es familiar, refiere que es de su hija, cuenta con 2 habitaciones, Sala, Cocina, baño, y los servicios públicos de Agua, luz y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Se identificó que su principal red de apoyo familiar es la hija con la que vive. También indica que tiene un vecino con el cual ha creado una amistad.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Expresa que sus ingresos económicos provienen de la elaboración de alimentos para vender los fines de semana

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

La persona mayor refiere que padece de diabetes, asiste regularmente a controles medicos y toma medicamentos (metformina).

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Día

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona se muestra lucida y coherente en el momento de la entrevista.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Bellanit Prada Bañez
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 20 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO
Nombre completo: Mary ines Rodriguez Gomez
Edad: 82 Sexo: f Documento de identidad: 28710519
Dirección: Mza C casa 11 B/ Comfatolima
Teléfono: 3236939548 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL
Refiere que vive sola, no tiene hijos, tiene 9 hermanas, entre los hermanas se colaboran.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO
Casa en arriendo, (200 000) quienes sus hermanas, pagan de esta; consta, sala, comedor, 2 habitaciones cocina, baño, cuenta con todos los servicios.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)
su red de apoyo son sus hermanas que cuidan y acompañan.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA
Recibe subsidio de adulto mayor, sus hermanas le suplen sus necesidades basicas y sus vecinas tambien le ayudan con medicamentos

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS
Refiere que sufre de corazon ya que lo tiene grande, de vertigo

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL
Asiste al programa centro dia.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

5324

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 25 noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO
Nombre completo: Maria Melida Ibañez
Edad: 63 Sexo: f Documento de identidad: 1105672594
Dirección: Manzana L casa 2 B/ santa Rosa etapa 1
Teléfono: 3111234054 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL
Refiere que vive con 2 hijos, 1 yerno, su hija es trabajadora Domestico, su yerno en oficios varios, y su hijo en construccion

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO
Casa de tipo arriendo (400.000) fuera de servicios, cuenta sala, comedor, 3 habitacion, cocina, baño, cuenta con todos los servicios

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)
su red de apoyo son hijas victor alfonso, luz angela son los que acompañan y cuidan.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA
Recibe subsidio de la tercera edad, las necesidades basicas la suplen sus 2 hijos.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS
Refiere que no sufre de enfermedades, viste de forma adecuada al Programa.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL
Asiste al Programa centro dia

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

no firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntersas@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 21 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Margoth Sacha Carreyal
Edad: 66 Sexo: F Documento de identidad: 28 716 264
Dirección: Cr 1 N° 18-26 B. Belén Parte alta
Teléfono: 3227369801 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor expresa que es soltera y tiene 2 hijos, vive con uno de ellos, tiene buena convivencia con él.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es familiar, tiene 4 habitaciones, cocina, sala, patio, cuenta con los servicios públicos de agua, energía eléctrica y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Indica que su principal red de apoyo familiar es una sobrina y un hermano, también refiere tener una vecina que está pendiente de ella.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Refiere que sus ingresos monetarios se basan en el subsidio de Colombia mayor ($80.000) y las aportes que le hace sus nietos

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Se identifica que la persona mayor está en un estado emocional de tristeza y nostalgia por la muerte de su padre, asiste a terapia psicologica.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa centro día y recibe el subsidio de Colombia Mayor

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor presenta un discurso coordinado y un estado de lucidez.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Margoth Sacha C
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 21 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Hector Ortegon Dominguez
Edad: 71 Sexo: M Documento de identidad: 5402366
Dirección: Cra 4 N° 4-50 B. San Rafael
Teléfono: 3217130941 Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica que vive solo, tiene 2 hijos, expresa que la relación con sus hijos es distante.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es en arriendo, cuenta con 1 habitación, cocina, baño, patio, refiere tener los servicios publicos de Agua, energía electrica y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

La persona mayor refiere que su principal red de apoyo familiar es su sobrina, ya que lo ha cuidado en momentos de enfermedad.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Indica que sus ingresos economicos se basan en el cuido de motos en las calles, realiza esta labor solo unos dias a la semana, también recibe el subsidio de la tercera edad ($80.000)

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Se identifica la necesidad de reforzar el vinculo afectivo con sus hijos, y la falta de apoyo economico.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Es beneficiario del subsidio "Colombia Mayor" y asiste al Programa "Centro Dia"

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor es coherente con su discurso

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 22 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Alfredo Martinez Guevara
Edad: 72 Sexo: M Documento de identidad: 12 534 711
Dirección: Cll 19 N-923 B. Santa Margarita
Teléfono: 3118519415 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor expresa que vive con su hijo y su nuera. En total tiene 2 hijos.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

Expresa que la vivienda en la que habita es familiar y él no recibe ningún tipo de aporte monetario, cuenta con 3 habitaciones, sala, cocina, baño y tiene todos los servicios públicos.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Indica que sus hermanos siempre están atentos a sus necesidades y expresa que una vecina también está pendiente de él.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Indica que su único ingreso monetario es el subsidio de "Colombia Mayor" ($80.000).

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Se identifica la ausencia de apoyo emocional por parte de su hija.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa "Centro Día" y es beneficiario del subsidio "Colombia Mayor"

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

Se observa a la persona mayor coherente, aunque con un discurso un poco desordenado.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Alfredo Martinez G.
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solventescas@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 22 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Luz Nelly Candia
Edad: 72 Sexo: F Documento de identidad: 28899372
Dirección: Mz F CS 18 B. La Esperanza
Teléfono: 3102734598 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica que vive sola y es viuda, y tiene 5 hijos en total.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es propia, cuenta con 2 habitaciones, cocina, baño, sala patio pequeño de ropas, cuenta con los servicios publicos, Agua luz y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Se identifica que su principal red de apoyo es una Vecina, ya que es la que siempre está atenta a sus requerimientos.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Expresa que cuenta con el Ingreso monetario del subsidio "Colombia mayor" ($80.000) y algunos de sus hijos también le aportan.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Se identificó la necesidad de que sus hijos estén mas atentos a sus requerimientos economicos y emocionales expresa Sentirse Sola.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa "Centro Dia" recibe el subsidio del programa "Colombia mayor"

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor muestra un discurso coherente y organizado

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Luz Nelly Candia
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

5329

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 22 de noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Gladys Robledo Molina
Edad: 71 Sexo: F Documento de identidad: 25015812
Dirección: Mz M1 Casa 17 B. Villa Centauna
Teléfono: 3124582360 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor es soltera, tiene 3 hijas, indica vive sola.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

la vivienda en la que habita es de su ex pareja, no paga arriendo, tiene 2 habitaciones, sala, cocina, patio, baño y cuenta con los servicios publicos de agua, luz y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

su principal red de apoyo es su expareja el cual está atento a sus necesidades y a lo que ella requiera.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

La persona mayor indica que sus ingresos economicos se basan en el subsidio de Colombia mayor ($230000) y los hijas que ocasionalmente le envian dinero

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Se identifica que la persona mayor presenta una carencia afectiva a causa de que sus hijas no estan muy pendientes emocionalmente de ella.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Día.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR



HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solvtercas@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 24 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Odilia Alape
Edad: 74 Sexo: F Documento de identidad: 65693136
Dirección: B. El bosque
Teléfono: 3134646263 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor expresa que vive con 2 de sus hijos, en total tiene 6 hijos.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es arrendada, cuenta con 2 habitaciones, baño, la cocina está ubicada en una enramada, cuenta con todos los servicios publicos, energia electrica, Agua y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su principal red de apoyo es su hija, también tiene 2 vecinas con las cuales comparte constantemente.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

La persona mayor expresa que su unico ingreso economico es el subsidio de "Colombia mayor" ($80.000). y sus hijos se hacen responsables de sus necesidades basicas.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

La persona mayor presenta perdida de su vista izquierda.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al Programa Centro Dia, y es beneficiaria del subsidio de "Colombia mayor"

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor se observa coordinada.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 24 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Alfredo Guzman
Edad: 80 Sexo: M Documento de identidad: 5897497
Dirección: B. La selva Mz K 5-26.
Teléfono: 3212371167 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica que vive con su esposa y su hijo, tiene 3 hijos. Expresa que tiene una buena convivencia con su esposa e hijo.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es propia, tiene 2 habitaciones, Cocina, patio de ropa, cuenta con los servicios publicos de agua energia electrica y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Refiere que su principal red de apoyo es el hijo que habita con él en la misma vivienda, indica que tiene amigos que lo apoyan en algunas ocasiones.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Refiere que su unico ingreso economico es el subsidio de "Colombia Mayor" ($80.000).

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Se identifica en bajo estado de ánimo, padece de diabetes, toma medicamentos para esta enfermedad.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Dia y es beneficiario del subsidio "Colombia Mayor"

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor se muestra lucido.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 24 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Luis Alfonso Rodriguez Hurtado
Edad: 91 Sexo: M Documento de identidad: 5 895 574
Dirección: Cll 1 N° 8-89 San Rafael
Teléfono: _____ Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica que vive con su hija tiene 6 hijos. También expresa que la relación con la hija con la que vive es un poco complicada.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es propia, cuenta con 4 habitaciones, sala, cocina, patio, también cuenta con los servicios publicos de agua, energia electrica y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

La persona mayor indica que sus 6 hijos son su red de apoyo familiar, ya que todos ellos viven cerca y están atentos a sus necesidades.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Refiere que su unico ingreso economico es el Subsidio de Colombia mayor ($225.000)

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Se identifica la necesidad de mejorar la relación con la hija con la que vive ya que presentan conflictos en la convivencia. Tiene discapacidad visual.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Es beneficiario del programa Centro Dia y también recibe el Subsidio de Colombia mayor

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

Se observa un discurso coordinado.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 25 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: María Eunice Hernandez Leal
Edad: 68 Sexo: F Documento de identidad: 65690467
Dirección: Urbanización el bosque MZ3 Casa6
Teléfono: 3132765281 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica que vive Sola, tiene 6 hijos, tiene una relación estrecha con todos sus hijos.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es familiar, cuenta con 2 habitaciones, Sala, indica que no tiene cocina, tiene patio, baño, cuenta con los servicios publicos de Agua y Luz.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su principal red de apoyo familiar son 3 de sus hijos, que viven cerca y están atentos a sus necesidades.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Refiere que tiene el ingreso economico del subsidio Colombia mayor ($400.000), también sus hijos le aportan economicamente.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Se identifica que la persona mayor tiene sentimientos de soledad por causa de que sus hijos estén en la etapa de nido vacio, es decir, salen de su hogar inicial.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Dia y es beneficiaria del Subsidio Colombia Mayor

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor se muestra lucida.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-3142505051
Email: Solunteras@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 27 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Ana Rita Rivas ortegon
Edad: 78 Sexo: F Documento de identidad: 28714034
Dirección: MZ K43 la esperanza
Teléfono: _____ Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor expresa que es soltera, tiene dos hijos y vive con uno de ellos, la relación con el hijo con el que convive es un poco conflictiva.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es propia, tiene dos habitaciones, sala, cocina y patio cuenta con todos los servicios ptblicos (Agua, energia electrica y gas)

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su principal red de apoyo familiar es su hijo que vive con ella, tambien su otra hija siempre está pendiente a las necesidades que presenta su madre.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

El único ingreso de la persona mayor es el subsidio de "Colombia mayor" ($230.000), el hijo con el que vive es el responsable de los gastos que se requieren en el hogar.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Se identifica preocupación en la persona mayor por cuasas economicas, tiene perdida parcial de la vision

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Es beneficiaria del programa Colombia Mayor y asiste al programa centro dia.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor presenta buen juicio y funcionamiento integral

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Ana Rita Rivas O
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-3142505051
Email: Solyntersas@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 27 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Doris Edith Garcia Rojas
Edad: 62 Sexo: F Documento de identidad: 51698329
Dirección: Cr 11 N° 20-39 B. Santa Margarita
Teléfono: 3134944246 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica que es soltera, tiene un hijo y vive con su hermano, la convivencia es buena.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es familiar, tiene 3 habitaciones, sala, comedor, cocina, baño y los servicios publicos de agua, energia electrica y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Refiere que su red de apoyo familiar es su hermano, también en su comunidad refiere que tiene un vecino con el que tiene una relación estrecha.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Expresa que los ingresos economicos provienen de sus hermanos que son los que le aportan monetariamente.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Presenta antecedentes de Colesterol.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa "Centro Dia"

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor muestra un discurso coordinado y coherente.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Doris Edith Garcia R
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 27 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Hernando Avila Hernandez
Edad: 93 Sexo: M Documento de identidad: 58 96976
Dirección: Cll 1 Nº 10-19 B Iscuas Dejav
Teléfono: 3102630228 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor expresa que es viudo, tiene 6 hijos y vive con una hija, indica que la convivencia con ella es buena y tienen relación estrecha.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

Expresa que la vivienda en la que habita es propia tiene dos habitaciones, sala, cocina, baño, cuenta con los servicios publicos de agua, energia electrica y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Se identifico que su red de apoyo familiar es su hija que reside con el.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Expresa que la unica fuente de ingresos monetarios es el subsidio de Colombia mayor ($230.000).

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

La persona mayor padece de la prostata y toma medicamentos.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 27 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Jairo Casabianca Rodriguez
Edad: 74 Sexo: M Documento de identidad: 14209506
Dirección: C1114 N°3-44 B. Rondon
Teléfono: 3208520776 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor índica que es casado, vive con su esposa, tiene 3 hijos. Expresa que la convivencia con su esposa es buena.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es familiar, cuenta con 2 habitaciones, Sala, cocina, baño. y los servicios publicos de agua, luz y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su principal red de apoyo familiar es su hija, también expresa tener un amigo Juan Ortega, que representa un gran apoyo emocional, asiste frecuentemente a la Iglesia Catolica

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

La persona mayor refiere que sus Ingresos economicos provienen del Subsidio Colombia mayor ($80.000) y su hija también le aporta monetariamente.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

La persona mayor padece de enfermedad cardiovascular, tiene un cuadro de hipertensión Cardiaco, toma medicamentos, aprimeta atorvastatina.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Dia y es beneficiario del Subsidio "Colombia mayor"

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

Se evidencia a la persona mayor lucida y coordinada.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 27 de noviembre 2025
	LUGAR: centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Bertilda Gutierrez Serrano
Edad: 66 Sexo: F Documento de identidad: 28777472
Dirección: Mzf Casa 20 B. Cafajuv
Teléfono: 3133448328? Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor refiere vivir sola, tiene 5 hijos.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es de su hijo, refiere que no paga arriendo, tiene 2 habitaciones, cocina, baño, patio de ropa.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

La principal red de apoyo familiar es una de sus hijos, también refiere que tiene una vecina con la que comparte.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

La persona mayor refiere que sus ingresos economicos provienen de distintas actividades (rifas, comidas rapidas, etc.) los fines de semana. También recibe el Subsidio "Colombia Mayor" ($80.000

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Se identifica preocupación de la persona mayor por su situación economica.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Dia y es beneficiaria del subsidio "Colombia mayor"

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor se muestra coherente.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 28 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia ESPINAL

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Jorge Alberto Herrera Galindo
Edad: 61 Sexo: M Documento de identidad: 93122270
Dirección: Transv 4 - B. Nacional
Teléfono: 324-3200679 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

El Señor expresa que es soltero, tiene 1 hijo, actualmente vive con su madre. La conversa es un poco conflictiva.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es familiar, tiene 3 habitaciones, Cocina, Sala, Patio y cuenta con los Servicios Publicos de luz, agua y gas

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su principal red de apoyo es una hermana y su mamá

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Los Ingresos Economicos provienen de su labor en trabajos varios, en los cuales se desempeña solo algunos dias a la semana.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

La persona mayor padece de disminución auditiva.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa centro Dia

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-3142505051
Email: Solutercas@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 28 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Martha Cecilia Rodriguez Carvajal
Edad: 64 Sexo: F Documento de identidad: 51651473
Dirección: Mz f casa 16 B. la magdalena
Teléfono: 3208372526 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica que es soltera y vive con 2 jovenes a los cuales les arrienda habitaciones en epocas de estudio.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

Indica que la vivienda en la que habita es propia, tiene 2 habitaciones, cocina, sala, baño, servicios publicos de agua, energia electrica y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Expresa que tiene una vecina con la que ha creado una amistad y es su principal red de apoyo asiste a la Iglesia Catolica.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Refiere que su ingreso economico proviene del arriendo de una habitación de su casa.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Padece de diabetes e hipertensión, asiste a los controles medicos y toma medicamento

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Dia

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor muestra un discurso coordinado.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solyntercac@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 28 de Noviembre de 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Consuelo Alcaran Alcalá
Edad: 64 Sexo: F Documento de identidad: 65692690
Dirección: Mz L casa 9 B. Santa Rosa
Teléfono: 3212852756 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La señora indica tener pareja y convive en unión libre, vive con su pareja, su hija y un hermano. Expresa que tienen una buena convivencia

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es propia, tiene 3 habitaciones, sala, cocina, patio, cuenta con todos los servicios publicos de agua, luz y gas

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Indica que su red de apoyo familiar son sus hijas

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Refiere recibir el ingreso del subsidio Colombia Mayor ($80.000).

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Dia"

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor se muestra lúcida y coherente.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-3142505051
Email: Solyntersas@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 28 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Martha Elena Cuellar
Edad: 65 Sexo: F Documento de identidad: 28717424
Dirección: Cll 7 N=10-19 B. Salas Olivar
Teléfono: _____ Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica que es Viuda, actualmente vive con su padre y un hermano, tiene 2 hijas.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita el familiar, tiene 2 habitaciones, cocina, sala, patio, baño, cuenta con los servicios públicos de agua, energía electrica y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Expresa que su red de apoyo familiar es una de sus hijas que vive en el mismo municipio, tambien expresa tener una Vecina con la que tiene una relación de amistad.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Relata que su ingreso economico es el subsidio monetario del programa "Colombia mayor" ($80.000) y dice trabajar los domingos en un restaurante le pagan $30.000 el dia.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Padece de hipertensión, deabetes y colesterol alto. Toma medicamentos.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Dia

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 28 de noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Ofelia Moreno de Cardozo
Edad: 70 Sexo: F Documento de identidad: 28716914
Dirección: MZ 10 Casa 10 B. Portal del Bosque
Teléfono: 3124463906 Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica ser viuda, tiene 3 hijos y vive con uno de sus hijos, expresa tener buena convivencia.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

Relata que la casa en la que habita es de un hijastro, tiene 2 habitaciones, sala, comedor, patio, cuenta con los servicios publicos de acueducto, energia electrica y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su red de apoyo familiar es su hija, tambien expresa que una cuñada esta siempre pendiente a sus requerimientos.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

La persona mayor indica que recibe el subsidio de Colombia mayor, ($80.000). Los hijos ocasionalmente le envian dinero.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Se identifica un bajo estado de animo a causa de dolencias fisicas. Padece de hipertension, toma medicamentos. (Verapamilo Clorhidrato).

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 28 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Mayleny Celeño Rojas
Edad: 65 Sexo: F Documento de identidad: 51776089
Dirección: Cll 2 N° 9-70 B. Isalas diaz
Teléfono: 3174054634 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor expresa que vive sola, es separada tiene 3 hijos.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

Indica que la vivienda en la que habita es familiar, (sus) tiene 4 habitaciones, sala, garaje, baño, patio pequeño, cocina, y los servicios publicos de Agua, energia electrica y gas

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Se identifico que la red de apoyo familiar de la persona mayor es su hijo, y una hermana.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Refiere que sus ingresos economicos provienen del subsidio de la tercera edad ($500000), y los aportes economicos de sus hijos.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

La persona mayor padece de diabetes, hipertension. asiste a los controles de salud y toma medicamento para estas enfermedades.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro dia y recibe el Subsidio de "Colombia mayor"

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor se muestra lucida, con pensamientos coherentes y adecuada coordinación motora.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 28 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Wt Marina Montealegre
Edad: 71 Sexo: F Documento de identidad: 28715693
Dirección: Mz M Casa 2 B. la Esperanza
Teléfono: 3144456484 Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor Indica ser Viuda, tiene 3 hijos. vive con una hija, tienen una buena convivencia.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es en arriendo, tiene 3 habitaciones, sala, cocina, baño, cuenta con los servicios públicos de agua, luz y gas

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su principal red de apoyo es su hija.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Expresa que sus ingresos económicos son los aportes monetarios que sus hijos le hacen.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

La persona mayor padece de Vertigo y actualmente está operada de sus ojos por problemas de vision

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al Programa Centro Dia.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-3142505051
Email: Solunteras@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 28 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro día espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: María Ortfidia Espinosa Nuñez
Edad: 64 Sexo: F Documento de identidad: 28717140
Dirección: C11 2 N=5-48B. San Rafael
Teléfono: 311 5710059 Zona: Urbana (x) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica vivir con sus tres hijas y un esposo de una de ellas, actualmente esta casada

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

Indica que la vivienda en la que habita es de la hija, cuenta con dos habitaciones, sala, cocina, y los servicios publicos (agua, energia electrica, gas).

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Indica que su principal red de apoyo familiar es una de sus hijas que siempre está atenta a sus requerimientos.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

La persona mayor expresa que no tiene ningún ingreso economico, que son sus hijas las que suplen las necesidades economicas de su hogar

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Padece de diabetes y tiene un cateterismo, Indica que toma medicamentos para tratar su enfermedades

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro DIA.

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor presenta un discurso coherente y coordinado.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

María Ortfidia Espinosa
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solumtercas@Gmail.Com

5347

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 28 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Otelia Salazar Carvajal
Edad: 77 Sexo: F Documento de identidad: 28718247
Dirección: Mz 7 Casa 4 B. San Pedro
Teléfono: 3102895669 Zona: Urbana ( ) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica que es Viuda y vive Sola con su mascota, tuvo 2 hijos, uno de ellos fallecido

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

Indica que la vivienda en la que habita es arrendada, cuenta con una habitación, Sala, cocina y baño, indica que tiene los servicios publicos de Agua, luz y gas

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

La persona mayor indica que su red de apoyo es una amiga y la duena de la casa en la que habita, y una nieta.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Indica que recibe el subsidio de colombia Mayor ($230000), también que esporadicamente vende productos por catalogo.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

La persona mayor indica que padece de diabetes, hipertensión, tiroides, antecedentes cardiovasculares

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Dia y recibe el subsidio de "Colombia Mayor"

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor muestra coherencia y lucidez en su discurso.

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-31425050511
Email: Solunterras@Gmail.Com

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 28 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Luz Marina Guzman Villaneva
Edad: 67 Sexo: F Documento de identidad: 38233896
Dirección: Mz H Casa 3 B. la Selva
Teléfono: 3113740329 Zona: Urbana (X) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica ser soltera y vivir sola, tuvo 3 hijos, 2 de ellos fallecieron.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

Indica que la vivienda en la que habita es familiar, tiene dos habitaciones, sala, cocina, comedor, patio y los servicios públicos de agua, energia electrica y gas.

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Se identifica que su red de apoyo es una amiga (Esperanza) con la cual se habla diariamente y representa apoyo emocional.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Indica que tiene el ingreso del subsidio de "Colombia Mayor" ($80.000) y trabaja de 1 a 2 dias en la semana en oficios varios.

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Se identifica Carencia emocional afectiva a causa de que tiene una relación conflictiva con su hija.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste a terapia psicologica a causa del duelo por la muerte de sus hijos y sus nietos. Asiste al programa centro Dia y recibe el subsidio de Colombia mayor

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

La persona mayor se muestra lucida y coherente

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

Luz Marina Guzmán
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

UT LOGISTICA Y CENTRO VIDA ESPINAL 2025
NIT 901.990.366-5
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NRO.852-2025

FORMATO DE VALORACION TRABAJO SOCIAL INICIAL EN ADULTOS MAYORES	
PROGRAMA CENTRO DIA	FECHA DE VALORACIÓN: 28 de Noviembre 2025
	LUGAR: Centro dia Espinal

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: Jose Alejandro Vargas Calderon
Edad: 64 Sexo: M Documento de identidad: 5896322
Dirección: B. la Selva Mz 7 Casa 2
Teléfono: _____ Zona: Urbana ( ) Rural ( )

2. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La persona mayor indica que su estado civil es soltero, no tiene hijos y vive con una hermana.

3. CONDICIONES DE VIVIENDA Y ENTORNO

La vivienda en la que habita es familiar, indica que tiene una habitación, sala, cocina y patio. También cuenta con los servicios publicos

4. RED DE APOYO (FAMILIAR, COMUNITARIA E INSTITUCIONAL)

Su principal red de apoyo familiar es su hermana ya que es la persona que esta atenta a sus necesidades.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Refiere que sus ingresos se basan en el subsidio del programa "Colombia mayor" ($ 230.000).

6. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Padece de prostatitis y toma medicamentos.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Asiste al programa Centro Dia y es beneficiario del programa Colombia Mayor

8. OBSERVACIONES ADICIONALES

Se evidencia una persona lúcida y bien organizada

FIRMA TRABAJADOR (A) SOCIAL

No Firma
FIRMA ADULTO MAYOR

HUELLA

Dirección: Calle 33 Nro 11-01
Ibagué
Teléfono: 3224269359-3142505051
Email: Solvuntercas@Gmail.Com