CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ARRIETA IZQUIERDO FRANCISCO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6884108

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 09 | MES: 01 | AÑO: 1958 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 66 — DINAMOMETRIA:

| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
|---|---|---|---|
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pescado

| DIARREA | SI: | NO: | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 88 | 180 | 27,1 | Se incentiva a realizar actividad física. Se mencionan alimentos a priorizar y a evitar en la dieta. Aumentar consumo de agua. |
| | | | |
| | | | |

Mg. Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Francisco Arrieta

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

adulto mayor

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ARTEAGA MORALES FELIX SENON

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10930287

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 23 | MES: 06 | AÑO: 1945 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 79 — DINAMOMETRIA:

| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
|---|---|---|---|
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo peso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 54 | 160 | 21,0 | Se mencionan alimentos a consumir de forma más frecuente, leguminosas, aguacate, frutos secos, etc. Se mencionan ejemplos de meriendas saludables y caloricas. |
| | | | |
| | | | |

Ma Stella Cortés H.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: AVILA OLEA ARMANDO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 78090037

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 10 | MES: 06 | AÑO: 1960 | GENERO: M |
| EDAD: 65 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: ~~HTA~~ | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Cerdo y carne

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 71.6 | 170 | 24,7 | Se mencionan alimentos a preferir y a priorizar en la dieta. Además, se menciona los beneficios del consumo regular de remolacha + zumo de limón para mejorar la tensión arterial. |
| | | | |
| | | | |

Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dieti...
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Armando Avila

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: BARRERA TRUJILLO CARMEN LUCIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25894854

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 16 | MES: 11 | AÑO: 1960 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 64 — DINAMOMETRIA:

| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
|---|---|---|---|
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 58.9 | 158 | 23,5 | Se le explica los beneficios del consumo regular de la remolacha para mejorar la presión arterial. Preferiblemente en jugos acompañada con zumo de limón. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025**

Alcaldía de MONTERÍA

CONTRATISTA:

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

**NOMBRE COMPLETO:** BARROS TORRES JOSE NICOLAS

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 8709318

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | **DIA:** 10 | **MES:** 09 | **AÑO:** 1959 | **GENERO:** M |
| **EDAD:** 65 | | | **DINAMOMETRIA:** | |
| **PATOLOGIAS PRESENTES:** | **SI:** | **NO:** X | **CUALES:** | |
| **INTOLERANCIA A ALIMENTOS:** | **SI:** | **NO:** X | **CUALES:** | |
| **DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:** | Bajo peso | | | |
| **PREFERENCIAS ALIMENTARIAS:** | Arroz y ensalada | | | |
| **DIARREA** | **SI:** | **NO:** X | **ESTREÑIMIENTO:** | |
| **DENTADURA COMPLETA:** | **SI:** | **NO:** X | **PROTESIS DENTARIA:** | **SI:** X **NO:** |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 63.4 | 170 | 21,9 | Aumento 2kg. Sigue en bajo peso Pero con un puntaje al límite de pasar a peso adecuado, por lo que se encuentra a llevar una alimentación adecuada y en las porciones. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

JOSE BARROS

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

adulto mayor

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldia de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: BRAVO BARBA ABEL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1033374207

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 25 | MES: 06 | AÑO: 1960 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 64 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: ✓ |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 66.7 | 160 | 26,0 | Se explican las porciones adecuadas de los alimentos en los tiempos de comida, según los grupos de alimentos. Además, se incentiva a mantenerse activo y tomar suficiente agua. |
| | | | |
| | | | |

Hda Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: BRAVO BARBA ETILVIA DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34997265

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 17 | MES: 07 | AÑO: 1959 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 65 | | | DINAMOMETRIA: | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Frijoles y arepas.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 80.3 | 159 | 31,7 | Se explica la importancia de priorizar los ejercicios de fuerza para evitar pérdida de fuerza, mejorar movilidad y acelerar pérdida de grasa, sin perder músculo. |
| | | | |
| | | | |

Mg Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Etilvia Bravo

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: BUELVAS GUTIERREZ BEATRIZ EUGENIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 30772713

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 31 MES: 05 AÑO: 1964 GENERO: F

EDAD: 61 DINAMOMETRIA:

PATOLOGIAS PRESENTES: SI: X NO: CUALES: DM - Artritis - Osteoporosis

INTOLERANCIA A ALIMENTOS: SI: NO: X CUALES:

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Frutas, huevos y pkitano.

DIARREA SI: NO: ESTREÑIMIENTO:

DENTADURA COMPLETA: SI: NO: PROTESIS DENTARIA: SI: NO:

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 78.5 | 164 | 29,1 | Se motiva a realizar actividades de movilidad, ejercicios con fuerza guiada. Se le explica la importancia para mejorar lesiones por la osteoporosis. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: CANO ARROYO BERLIDES DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34972440

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 06 | MES: 09 | AÑO: 1957 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 67 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA - ERA - Artrosis - Artritis |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pescado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 75 | 155 | 31,2 | Aumento 2 kg, Se recomiendan alimentos a preferir y a evitar en la dieta. Aumentar consumo de agua en el día y consumir entre 2 a 3 veces remolacha + zumo de limón |
| | | | |
| | | | |

Ma Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Virginia Cano

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: CASILLA BARBA ARGENIDA ROSA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34974132

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 06 | MES: 02 | AÑO: 1956 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 69 — DINAMOMETRIA:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: | HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Arepa asada y huevos.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 97 | 160 | 37,8 | Se incentivo a realizar ejercicios de movilidad leve y a tolerancia. Evitar el sedentarismo. Se le explican las porciones adecuadas de los grupos de alimentos y en que frecuencia. |
| | | | |
| | | | |

Lic. Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: CHAVEZ MARZOL ALIS MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50894542

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 31 | MES: 05 | AÑO: 1962 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 63 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Hipotiroidismo - HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: pescado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 69.5 | 155 | 28,9 | Aumento 2kg. Se incentiva a mantenerse activa y realizar ejercicios con pesos guiados. Se menciona el tipo de alimentación que debe llevar por sus patologías de base y el IMC. |
| | | | |
| | | | |

Ma Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Alis Chavez

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ESCOBAR HERNÁNDEZ DIANA ESTHER

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 26140040

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 22 | MES: 02 | AÑO: 1964 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 61 — DINAMOMETRIA:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: | HTA- DM2- Hipercolesterolemia |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pescado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 54 | 150 | 24,0 | Se mencionan las porciones adecuadas a consumir en los tiempos de comida, según grupo de alimentos. Tomar entre 6 a 7 vasos de agua al día |
| | | | |
| | | | |

Yfe Stella Cortés H. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ESQUIVEL ARROYO ALVARO MANUEL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1552284

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 16 | MES: 04 | AÑO: 1948 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 77 — DINAMOMETRIA:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: | parkinson + HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo peso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 60.2 | 167 | 21,5 | Se mencionan alimentos a preferir en la dieta y en que frecuencia consumirlos. como las leguminosas, grasas saludables y carbohidratos complejo. No olvidar el consumo de frutas y vegetales. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: NAVARRO PAYARES JORGE ANTONIO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6874949

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 25 | MES: 04 | AÑO: 1956 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 69 — DINAMOMETRIA:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Cerdo guisado

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: | |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 102 | 165 | 37,4 | Se incentiva a mantenerse activo, participar en las actividades lúdicas recreativas del área de deporte, usar de forma frecuente el gimnasio y consumir de 7 a 8 vasos de agua/día. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: FERNANDEZ MONTOYA BETY

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50892651

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 18 | MES: 05 | AÑO: 1966 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 59 DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: viuda de pescado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 77.8 | 149 | 35,0 | Bajo 2kg. se incentiva a continuar con buenos hábitos, mantenerse activa constantemente, consumir vegetales y frutas entre 3 a 4 porciones diarias y consumo adecuado de agua |
| | | | |
| | | | |

Ma. Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: FUENTES DE GONZALEZ AURA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25894462

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 14 | MES: 02 | AÑO: 1945 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 80 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: x | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: x | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo peso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: x | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: x | PROTESIS DENTARIA: | SI: x | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 42 | 150 | 18,6 | Bajo 2 kg por enfermedad reciente (gripa y malestar general) Refiere Sentirse mejor y recuperar el apetito poco a poco. Se recomienda mantenerse hidratada constantemente. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

aura fuente

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: GARCIA ANAYA CRISTOBAL RAFAEL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 15072471

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 30 | MES: 12 | AÑO: 1953 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|

| EDAD: 71 | DINAMOMETRIA: |
|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: SI: X NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: SI: NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 89 | 167 | 31,9 | Subio 3kg. Se enfatiza en el riesgo cardiovascular que puede sufrir sino lleva una alimentación adecuada y un estilo de vida activo. Se le recuerdan ejercicios a realizar. |
| | | | |
| | | | |

Mg. Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: GONZALEZ ANAYA MISAEL JOSE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6885462

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 20 | MES: 08 | AÑO: 1959 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 65 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: D4 |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: DNT proteico calorica severa

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Sopas y proteinas

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 45 | 170 | 15,5 | Se incentiva a la movilidad regular, actividad leve. Se mencionan grupos de alimentos a preferir en la dieta y en que frecuencia consumirlos |
| | | | |
| | | | |

Mg Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: HAYLOCK FERNANDEZ CARMEN ISABEL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34975622

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 25 | MES: 07 | AÑO: 1958 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 66 — DINAMOMETRIA:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Carne

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 72.5 | 163 | 27,2 | Aumento 2kg. Por lo que se incentiva a mantenerse activa diariamente, y se le explican las porciones adecuadas a consumir de los alimentos y en su frecuencia ideal. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

CARMEN HAYLOCK

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: HERNANDEZ ANAYA MATILDE DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50944083

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 15 | MES: 04 | AÑO: 1970 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 55 | | | DINAMOMETRIA: | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Repollo y carne

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 73.9 | 167 | 264 | Se menciona la importancia de mantenerse activa. Se incentiva a participar en las actividades lúdicas recreativas ofrecidas en el Centro, utilizar el gimnasio y consumo de agua. |
| | | | |
| | | | |

Mte Stella Cortés H. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

matilde Hern

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: HERNANDEZ JIMENEZ AGUEDA DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34971063

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 23 | MES: 07 | AÑO: 1956 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 68 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Tiroides |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 76 | 159 | 30,0 | Sin variaciones en el peso con respecto a los meses anteriores. Se recuerda como llevar una alimentación adecuada y mantenerse activa diariamente para evitar aumento de peso. |
| | | | |
| | | | |

Mg Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Agueda del C. Hdz.

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

mayor

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: JIMENEZ LUNA ALICIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 26204575

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 18 | MES: 10 | AÑO: 1958 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 66 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Artrosis |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 59.5 | 160 | 23,2 | Se mencionan alimentos q prefiere y q evitar. Se le dan opciones de Comidas y meriendas saludables. Limitar carnes rojas de 1 a 2 veces por semana. |
| | | | |
| | | | |

Mgs Stella Cortés H. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Alicia Jiménez Luna

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

mayor

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: LORA ESPITIA BEATRIZ ELENA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34995375

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 18 | MES: 09 | AÑO: 1966 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 58 — DINAMOMETRIA:

| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Cx de mama |
|---|---|---|---|
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Verduras

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 77.5 | 163 | 29,1 | Se mencionan alimentos a preferir y a evitar de la dieta. se menciona priorizar el consumo de antioxidantes vitaminas, y minerales. Se le mencionan alimentos ricos en estos nutrientes. |
| | | | |
| | | | |

Mg. Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Beatriz Elena Lora E

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: LOZANO LICONA LULA LUCIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 26173121

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 11 | MES: 08 | AÑO: 1959 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 65 — DINAMOMETRIA:

| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA - DM2 - Dislipidemia - osteoartritis |
|---|---|---|---|
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Brócoli y frutas.

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 64 | 160 | 25,0 | Subo 2kg. Se mencionan alimentos a priorizar y a evitar en la dieta. Asimismo, se explican las porciones ideales en los tiempos de comida. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Lula Lozano

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: MADERA CORREA SOILA ELENA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 26203446

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 23 | MES: 01 | AÑO: 1956 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 69 — DINAMOMETRIA:

| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
|---|---|---|---|
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: DNT Proteico Calorica Severa

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pescado

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 45 | 170 | 15,5 | Se le recuerda priorizar en la dieta los siguientes alimentos= leguminosas (2 veces por semana), aguacate (en lo posible diario), frutos secos, ajonjolí (de 3 a 4 veces por semana). |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

SOILA MADERA

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: MARQUEZ GOEZ ETILVIA DEL SOCORRO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34982332

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 24 | MES: 05 | AÑO: 1956 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 69 | | | DINAMOMETRIA: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: pollo y cerdo

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 75.95 | 165 | 27,9 | Se incentiva a participar de manera regular en las actividades ofrecidas por el área de deporte. Se explican las porciones adecuadas a consumir en los tiempos de comida. |
| | | | |
| | | | |

Mg Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Etilvia Marquez

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: MARTINEZ BELLO BENITO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 9059237

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 01 | MES: 04 | AÑO: 1946 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 79 — DINAMOMETRIA:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Arroz y yuca

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 58.6 | 160 | 22,8 | Aumento de peso, peso de bajo peso a estar en adecuado, según IMC. Estuvo en bajo peso por enfermedad gastrointestinal, ya esta bien y come mejor y se regulo el apetito. |
| | | | |
| | | | |

Mg Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Benito Mor

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: MARTINEZ MIRANDA GLORIA MARINA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50891260

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 01 | MES: 07 | AÑO: 1964 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 60 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pescado y berenjena

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 87.8 | 154 | 37,0 | Se incentiva a realizar actividad física y priorizar ejercicios de fuerza y movilidad. Se indican alimentos a priorizar y a evitar. Consumir jugo de remolacha + zumo de limón de 2 a 3 veces / semana. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Gloria Martinez

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: MARTINEZ PEREZ BLANCA ROSA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50890502

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 11 | MES: 03 | AÑO: 1960 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 65 — DINAMOMETRIA:

| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Hipercolesterolemia |
|---|---|---|---|
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Mazamorra

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 65 | 155 | 27,0 | Se menciona la importancia de mantenerse activa, realizar ejercicios de fuerza y consumir alimentos bajos en grasas y evitar las preparaciones fritas. |
| | | | |
| | | | |

Ha Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Blanca Martinez

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: RODRIGUEZ LAZA TERESITA DE JESUS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34976802

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 02 | MES: 06 | AÑO: 1956 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 69 — DINAMOMETRIA:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Arroz de frijoles.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 58 | 156 | 23,8 | Se promueve la participación activa en el gimnasio del centro de vida, en las actividades lúdico-recreativas y en consumir las comidas en las porciones adecuadas. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Teresita Rodriguez Laza

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: MENDOZA AGAMEZ SIXTA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50920339

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 03 | MES: 02 | AÑO: 1957 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 68 — DINAMOMETRIA:

| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: DM - HTA |
|---|---|---|---|
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pescado

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 77.7 | 150 | 34,5 | Aumento 2kg. Se le hace enfasis en la importancia cardiovascular de tener un peso adecuado. Se recuerda mantenerse activa, comer de manera adecuada y las porciones que debe consumir |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: MIRA VIUDA DE IDARRAGA BLANCA ELDA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 21927237

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 25 | MES: 11 | AÑO: 1947 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 77 — DINAMOMETRIA:

| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA - Hipercolesterolemia |
|---|---|---|---|
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 83.5 | 155 | 34,7 | Se enfatiza en la importancia de implementar ejercicios de fuerza para mejorar respuesta fisiologica de las patologicas de base. Asimismo se mencionan las porciones recomendadas de los alimentos |
| | | | |
| | | | |

Mg Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Blanca E

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: MONTIEL OCHOA BETTY DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50930945

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 13 | MES: 06 | AÑO: 1965 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 59 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Ant. neumonia. | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: queso, carne y pescado

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 53.9 | 153 | 23,0 | Se explican las porciones adecuadas de los grupos de alimentos y en que frecuencia consumirlos. Asimismo, se incentiva a realizar actividad física de manera regular. |
| | | | |
| | | | |

Ma. Stella Cortés H. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Betty Montiel Ochoa

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: MORALES GUILLIN NIDIA LUCIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34987567

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 06 | MES: 07 | AÑO: 1962 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 62 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pollo y pescado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 72 | 160 | 28,1 | Sin variaciones en el peso con respecto al mes anterior. Se recuerdan alimentos a priorizar y a evitar de la dieta. Se incentiva a mantenerse activa y realizar ejercicios de fuerza guiados. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Nidia Morales

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: MORALES SOTO RAQUEL MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34997981

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 27 | MES: 01 | AÑO: 1965 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 60 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA - DM |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 86.9 | 165 | 31,9 | Se enfatiza en la importancia de implementar ejercicios de fuerza para mejorar la respuesta fisiologica de las patologías de base. Se mencionan alimentos a priorizar y a evitar |
| | | | |
| | | | |

Mg. Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Raquel Morales

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

adulto mayor

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: MORENO TORDECILLA FILOMENA SEGUNDA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34970782

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 10 | MES: 01 | AÑO: 1957 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 68 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: ~~HTA~~ | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Aguacate y pescado

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 63 | 153 | 26,9 | Se explican los beneficios del consumo regular de remolacha en conjunto con citricos para mejorar la tension arterial y la respuesta cardiovascular. Preferiblemente cruda, en jugos. |
| | | | |
| | | | |

Dra. Stella Cortés H. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: NEGRETE PALACIO ROSALBA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 40977496

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 11 | MES: 09 | AÑO: 1963 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 61 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Cardiopatia dilatada - Artrosis |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 80.5 | 168 | 28,5 | Se le explica alimentos a preferir y a evitar. - Debe priorizar frutas, verduras, leguminosas, y evitar harinas procesadas, azucares añadidos y alimentos ultraprocesados |
| | | | |
| | | | |

Lda Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Rosalba M Negrete P.

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: NEGRETE RAMOS FREDY ENRIQUE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 7376265

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 14 | MES: 11 | AÑO: 1958 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 66 — DINAMOMETRIA:

| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
|---|---|---|---|
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Carne y cerdo

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 71.2 | 170 | 24,6 | Se explican las porciones adecuadas a consumir en los tiempos de comida, según cada grupo de alimentos. Se menciona la importancia de un consumo regular de remolacha. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fredy E Negrette

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: NIETO ANGULO JESUS MANUEL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 15087139

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 14 | MES: 05 | AÑO: 1947 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 78 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Mazamorra de maíz

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 76 | 170 | 26,2 | Se explican las porciones de los alimentos en los tiempos de comida. Se mencionan alimentos a preferir y a evitar. Se recuerda la Importancia de la act. física día a día. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: OLIVARES BRAVO ARCELIA CRISTINA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34969021

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 05 | MES: 12 | AÑO: 1956 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 69 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 61.8 | 167 | 22,1 | Aumento 2kg, paso de bajo peso a Adecuado, según índice de masa corporal. Por lo que se felicita y se explican las porciones a consumir de los alimentos y en que frecuencia consumirlos. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: OLIVERO HERNANDEZ ELVIRA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50853996

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 25 | MES: 01 | AÑO: 1960 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 65 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Carne en bistec

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 68 | 154 | 28,6 | Se incentiva en realizar ejercicios y mantenerse activa, participar en las actividades lúdicas recreativas, y evitar alimentos como: fritos, ultraprocesados y bebidas azúcaradas. |
| | | | |
| | | | |

Ma Stella Cortés H. V
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Elvira Olivero

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ORTEGA DE RAMOS MARIA DOLORES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34977491

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 09 | MES: 01 | AÑO: 1957 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 67 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Arroz de fideo

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 85.7 | 160 | 33,4 | Se incentiva a participar en las actividades lúdico-recreativas ofrecidas por el área de deporte. Se menciona alimentos a evitar y a preferir en la dieta, asimismo, las porciones. |
| | | | |
| | | | |

Mg. Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Maria Ortega

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ORTEGA MACHADO ADOLFINA DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34785225

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 09 | MES: 01 | AÑO: 1947 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 77 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA - Colesterol | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 73.9 | 153 | 31,5 | Se explican las porciones adecuadas en los tiempos de comidas. Alimentos a preferir y a evitar. Y en que frecuencia consumirlos. Se menciona el consumo adecuado de agua. |
| | | | |
| | | | |

Ma Stella Cortés H. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393633

FIRMA DEL PROFESIONAL

Adolfina Ortega

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: PADILLA URANGO JOSEFA DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 32253124

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 17 | MES: 01 | AÑO: 1958 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 67 — DINAMOMETRIA:

| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
|---|---|---|---|
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: Si |
|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: SI: NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 81 | 155 | 33,7 | Tener un consumo adecuado de agua. Aumentar consumo de vegetales en los tiempos de comida. Mantenerse activa y realizar ejercicios de fuerza guiados. |
| | | | |
| | | | |

Mg Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Josefa Padilla

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: PADILLA URANGO SANTANDER ENRIQUE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 8325857

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 21 | MES: 04 | AÑO: 1952 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 73 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Carne

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 87 | 165 | 31,9 | Se incentiva a realizar actividad física de manera regular, mantenerse activa, realizar ejercicios de fuerza guiados. Se mencionan las porciones a consumir de los grupos de alimentos y en la frecuencia |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: PEREZ GENES CATALINA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50891493

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 25 | MES: 11 | AÑO: 1959 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 65 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo peso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 52.8 | 165 | 19,3 | Se recomienda alimentos ricos en grasas saludables que permitan aumentar consumo calórico sin tanto volumen en las comidas, como, aguacate, frutos secos, y aceite oliva (cho + prot: leguminosas) |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: MESTRA CAVADIA MARTHA CECILIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 21587472

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 23 | MES: 02 | AÑO: 1965 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 60 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 63.3 | 156 | 26,0 | Se recuerdan alimentos a priorizar y a evitar en la dieta. Asimismo, se le dan opciones y ejemplos de meriendas saludables y en que porción debe comer los alimentos. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

martha cavadia

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: QUIROZ LARA JOSE LUIS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 78691166

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 18 | MES: 07 | AÑO: 1966 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 58 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA-Trombosis - DM |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: pescado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 64 | 168 | 22,6 | Se menciona la importancia del consumo frecuente de remolacha en la dieta para mejorar la presión arterial. Se enfatiza que debe ser en jugos crudos (no cocida porque es contraproducente con la DM) + limón. |
| | | | |
| | | | |

Ma Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: SANTOS IZQUIERDO ANGEL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6868706

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 24 | MES: 11 | AÑO: 1951 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 73 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: OM + HTA | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: | Obesidad | | | |
| PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: | Proteínas (pescado, carne y pollo). | | | |
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 83 | 165 | 30,4 | Subio 2kg. Se recuerda la importancia para la salud en general, el mantener un peso adecuado. Se incentiva a la realización de actividad física. |
| | | | |
| | | | |

Mg. Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: SENA ALMANZA DAIRA INES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50926031

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 17 | MES: 08 | AÑO: 1969 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 55 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuada

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pescado en sopa

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 65.7 | 165 | 24,1 | Sin variaciones en el peso. Se incentiva a mantenerse activa, a participar en las actividades lúdico-recreativas ofrecidas por el área de deporte y promover ejercicios de fuerza. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Daira Sena

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: SILGADO URUETA ADOLFO ENRIQUE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6855673

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 14 | MES: 01 | AÑO: 1942 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 83 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 66,6 | 165 | 24,4 | Se explican las porciones de los alimentos, se incentiva a realizar actividad física frecuentemente e incluir ejercicios de fuerza con peso a tolerancia. |
| | | | |
| | | | |

Mg. Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: TORDECILLA RAMOS DOMINGA DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25768036

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 10 | MES: 04 | AÑO: 1960 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 64 — DINAMOMETRIA:

| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Artrosis |
|---|---|---|---|
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pescado y pollo

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 66 | 147 | 30,5 | Se explica la importancia de mantener un peso adecuado para evitar complicaciones en la patología de base, por lo que se indica realizar ejercicios leves y consumir según porciones adecuadas. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: URBINA CAMPO MARIA ANGELICA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 33200282

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 22 | MES: 03 | AÑO: 1965 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 60 — DINAMOMETRIA:

| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: OM |
|---|---|---|---|
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Verduras y frutas

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 61.4 | 163 | 23,1 | Se indican alimentos a priorizar y a evitar en la dieta. Asimismo, se indican las porciones adecuadas a consumir en los tiempos de comida de cada grupo de alimentos. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: VARGAS GIRALDO CARMEN CECILIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 22020987

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 21 | MES: 05 | AÑO: 1967 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 58 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Hipercolesterolemia | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Café con leche

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: Si | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 81 | 168 | 28,9 | Se menciona la importancia del ejercicio de fuerza para mejorar los niveles de colesterol y estreñimiento. Asimismo, se mencionan alimentos a evitar y a preferir de la dieta. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Carmen Vargas G.

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ARGEL JIMENEZ REGINA DEL SOCORRO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34980585

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 07 | MES: 09 | AÑO: 1954 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 70 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Cerdo y pechuga.

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 66.7 | 160 | 26,0 | Se incentiva a mantenerse activa diariamente, participar en las actividades físico-recreativas ofrecidas por el área de deporte, y principalmente incluir ejercicios de fuerza guiados. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Regina Argel.

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025**

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: VERGARA PINTO CLAUDINA ROSA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25762051

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 30 | MES: 10 | AÑO: 1927 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 97 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Alzaimer | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 46,6 | 140 | 23,7 | Se mencionan las porciones adecuadas del consumo de los grupos de alimentos y en que frecuencia debe ser su consumo. Se incentiva a tomar agua de manera frecuente. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

adulto mayor

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 09 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: VERTEL LOPEZ NELLY DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50912579

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 04 | MES: 07 | AÑO: 1960 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|

EDAD: 64 — DINAMOMETRIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA - Hipotiroidismo - Artosis |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pollo y pescado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 110 | 162 | 41,9 | Se explica las porciones adecuadas de cada grupo de comida y en que frecuencia consumirlos. Se indica consumir de 2 a 3 veces por semana el consumo de remolacha + cítricos. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

NELLY VERTEL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: VILLA MUÑOZ JUAN MANUEL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 70089888

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 21 | MES: 11 | AÑO: 1956 | GENERO: M |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 68 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todas.

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 73 | 162 | 27,8 | Sube 2kg. Se le mencionan las porciones que se deben consumir según los grupos de alimentos en los tiempos de comida, y se le recuerda alimentos a preferir. |
| | | | |
| | | | |

Nutricionista Dietista
T.P. 1003803833

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO: | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 10 | 2025 | B | MARIA MADRE DE GRACIA | MARIA STELLA CORTES | SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |

## FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: VILORIA SARMIENTO ROSA ELENA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34925510

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 30 | MES: 08 | AÑO: 1963 | GENERO: F |
|---|---|---|---|---|
| EDAD: 61 | | | DINAMOMETRIA: | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pescado y Pollo

| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

| PESO (KG) | TALLA (CM) | IMC | OBSERVACIONES (SEGUIMIENTO NUTRICIONAL) |
|---|---|---|---|
| 65.8 | 158 | 26.3 | Se explican los beneficios del consumo de frutas y vegetales de forma diaria. Asimismo, priorizar ejercicios de fuerza y mantenerse activa diariamente. Consumir de 7 a 8 vasos de agua al día. |
| | | | |
| | | | |

Mg Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Rosa Viloria

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: AGUDELO PERALTA AMALIA JUANITA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25766879

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 22 | MES: 11 | AÑO: 1960 | EDAD: 64 |
| PESO: 43,8 Kg | TALLA: 165 | IMC: 15,7 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: PNT proteico calorica moderada

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

Durante las valoraciones previas la beneficiaria Presentó un peso de 43 Kg-En este mes aumento a 43,8, lo es un aumento significativo, sin embargo, según IMC paso de desnutrición severa a moderada. Refiere tener buen apetito y comer bien.

Mg Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1067393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: AGUDELO PERALTA OLGA LUCIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25766878

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 1 | MES: 8 | AÑO: 1956 | EDAD: 68 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 48kg | TALLA: 166 | IMC: 17,4 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: DNT Proteico calorica leve

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1kg.

En cuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Nutricionista Dietista
T.P. 1003388588

FIRMA DEL PROFESIONAL

Olga Agudelo

FIRMA / HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ALQUERQUE SANMARTIN OSCAR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6659055

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 15 | MES: 2 | AÑO: 1936 | EDAD: 89 |
| PESO: 59 | TALLA: 160 | IMC: 23,0 | GENERO: M | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: NO | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Durante los periodos valorados, el beneficiario ha aumentado paulatinamente mes a mes 2kg. El refiere tener buenos hábitos, sin embargo, se recomienda implementar el ejercicio de fuerza o al menos de movilidad más seguido.

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

adulto mayor

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ALTAMAR FABRA AMIRA DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25987882

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 20 | MES: 7 | AÑO: 1959 | EDAD: 65 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 66 Kg | TALLA: 157 | IMC: 26,1 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Osteoporosis |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: No | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

Por calamidad familiar en este periodo la beneficiaria refiere no tener apetito, disminución en la ingesta alimentaria y dormir muy poco.
Se recomienda hablar con la psicologa, mantenerse hidratada y priorizar el consumo de proteínas.

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Amira Altamar

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ALVAREZ MARTINEZ ALVARO ANTONIO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 78689205

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 3 | MES: 9 | AÑO: 1959 | EDAD: 65 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 54,8 | TALLA: 165 | IMC: 20,1 | GENERO: M | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA - Osteoporosis |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo Peso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: No | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variacion ha sido de 1kg.

Encuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el dia; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

- ALVARO

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ALVAREZ MATINEZ JESUS MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6884136

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 12 | MES: 1 | AÑO: 1957 | EDAD: 68 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 37 | TALLA: 160 | IMC: 14,4 | GENERO: M | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: DNT proteico Calorica Severa

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

Durante los periodos valorados, ha se ha visto mejoria en cuanto al peso corporal. Se evidencia que come, sin embargo, en el tiempo del almuerzo no logra consumir todos los alimentos ofrecidos.

Mgs Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ANDRADE DIAZ NERIDA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 35735123

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO | DIA: 28 | MES: 2 | AÑO: 1958 | EDAD: 67 |
| PESO: 81 Kg | TALLA: 156 | IMC: 33,2 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA + DM |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Mote de queso

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

81.

Durante las valoraciones realizadas la beneficiara se ha mantenido en un peso de 80 a 81 Kg. en cuanto a los hábitos, refiere mantenerse activa, comer en las porciones adecuadas y tomar suficiente agua en el día.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Nerida Andrade

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: HERRERA FUENTES MARGARITA DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 26210988

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 25 | MES: 05 | AÑO: 1954 | EDAD: 71 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 73,5 | TALLA: 162 | IMC: 28,0 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA - DM |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: a veces | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1kg.

En cuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ARCIA MANJARRES MARGARITA FRANCISCA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34992953

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 13 | MES: 5 | AÑO: 1958 | EDAD: 67 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 76 | TALLA: 158 | IMC: 30,4 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: x | NO: | CUALES: ~~HTA~~ -DM |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: x | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: x | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: ~~x~~ | PROTESIS DENTARIA: | SI: x | NO: |

Durante los periodos valorados previamente la participante se ha mantenido en un peso de 75 a 76 Kg.

Se recalca las recomendaciones para llevar un estilo de vida saludable.

Ma Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista ✓
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

margarita arcia

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ARRIETA PAEZ NUBIA ESTHER

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34996657

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 20 | MES: 6 | AÑO: 1967 | EDAD: 57 |
| PESO: 73kg | TALLA: 160 | IMC: 28,5 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

Al Inicio, en la valoración inicial, la beneficiaria Inicio con un peso de 74,7 kg, luego paso a 74kg y en el presente mes 73 kg. Refiere mantenerse activa, seguir recomendaciones antes dadas y tener una ingesta adecuada de líquidos durante el día.

Mg Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Nubia Arrieta

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ARROYO SALCEDO JUAN ANIBAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1068667763

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 18 | MES: 11 | AÑO: 1965 | EDAD: 59 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 61 | TALLA: 150 | IMC: 27,1 | GENERO: M | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Colesterol - Gastritis |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: NO | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

Durante las valoraciones realizadas, el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1 kg.
En cuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Hs Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

JUAN ARROYO

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: AVILEZ PASTRANA CARMENZA SOFIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50906570

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 16 | MES: 6 | AÑO: 1964 | EDAD: 60 |
| PESO: 63 | TALLA: 155 | IMC: 26.2 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Litiasis renal |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pollo y Pescado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: NO | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1kg.

Encuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Mg Stella Cortés H.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Carmenza Avilez Pastrana

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: AVILEZ PASTRANA MARIA ROSARIO DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50913677

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 15 | MES: 12 | AÑO: 1964 | EDAD: 60 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 59 | TALLA: 154 | IMC: 24,8 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: a veces | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

La beneficiaria se ha mantenido en el mismo peso durante todas las valoraciones realizadas. Se mencionan alimentos a preferir en la dieta, y las porciones adecuada por grupo de alimentos.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

María Avilez P.

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

adulto mayor

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: BARBA CONTRERAS ESTHER MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34990317

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 10 | MES: 3 | AÑO: 1961 | EDAD: 64 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 70,5 | TALLA: 156 | IMC: 28,9 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: x | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: x | ESTREÑIMIENTO: no | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: x | PROTESIS DENTARIA: | SI: x | NO: |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1 kg.

En cuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Mg. Stella Cortés H.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Estrella Barba

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARLYN JIMENEZ | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: BARROS TORRES WALBERTO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6875496

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 15 | MES: 4 | AÑO: 1957 | EDAD: 68 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 71 kg | TALLA: 157 | IMC: 28,8 | GENERO: M | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pescado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: NO | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Durante los periodos valorados el participante se ha mantenido en el mismo peso corporal. Aunque refiere haber mejorado hábitos en su estilo de vida

Marlyn Jimenez M.
Nutricionista - Dietista
FIRMA DEL PROFESIONAL

Walberto Barros T.
FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: BELTRAN MARTINEZ MIRTHA CECILIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 40918927

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 22 | MES: 11 | AÑO: 1963 | EDAD: 61 |
| PESO: 60 kg | TALLA: 158 | IMC: 24,0 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA-DM |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: X | NO: | CUALES: Lacteos |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: SobrePeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pescado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: a/o | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1kg.

Encuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Mg Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Mirta Beltran

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: BELTRAN MARTINEZ NIVIA DEL ROSARIO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1068658140

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 25 | MES: 3 | AÑO: 1968 | EDAD: 57 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 78,5 | TALLA: 152 | IMC: 33,9 | GENERO: F | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: x | NO: | CUALES: ~~HTA~~ - DM - [illegible] | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: x | CUALES: | |
| DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: obesidad | | | | |
| PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos | | | | |
| DIARREA | SI: | NO: x | ESTREÑIMIENTO: Si | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: x | PROTESIS DENTARIA: | SI: x NO: |

En la valoración inicial obtuvo un Peso de 79,5 Kg, hasta el momento solo ha disminuido 1kg. Se recalca la importancia de llevar un estilo de vida Saludable. (Se mencionan y explican)

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

NIVIA B

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: BELTRAN PARRA MARIA EUGENIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 50904334

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 10 | MES: 5 | AÑO: 1971 | EDAD: 54 |
| PESO: 69 kg | TALLA: 162 | IMC: 26,2 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: x | NO: | CUALES: HTA - DM - Ins. renal |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: x | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: x | ESTREÑIMIENTO: SI | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: x | PROTESIS DENTARIA: | SI: x | NO: |

1kg

Durante los periodos valorados la beneficiaria se ha mantenido en un peso de 69 a ~~70~~ kg. Se incentiva a mantenerse más activa y a tener un consumo de agua suficiente al día.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

adulto mayor

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: BENITEZ ANAYA LORENZO JOSE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6862862

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 30 | MES: 11 | AÑO: 1949 | EDAD: 75 |
| PESO: 75 | TALLA: 170 | IMC: 25,9 | GENERO: M | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X NO: | CUALES: | Insuficiencia cardiaca-HTA- |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: NO: X | CUALES: | |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: si | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Aumento 2Kg en relación a los meses antes valorados, refiere sentirse bien y seguir recomendaciones alimentarias mencionadas previamente.

Mg Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: BENITEZ RODRIGUEZ JOSE MIGUEL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 78695829

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 29 | MES: 10 | AÑO: 1963 | EDAD: 61 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 60 | TALLA: 155 | IMC: 24,9 | GENERO: M | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: TODOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: NO | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

En relación a los meses antes valorados, el participante aumentó 2kg. Refiere tener buenos hábitos. Sigue estando en un peso saludable, Igual se promueve la actividad física de manera regular.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

José M Benitez R.

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: BERTEL CAVADIA SIXTA TULIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34959565

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 4 | MES: 2 | AÑO: 1947 | EDAD: 78 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 83 | TALLA: 160 | IMC: 32,4 | GENERO: F | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA | | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | | |
| DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad | | | | | |
| PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todas | | | | | |
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: Si | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Desde la valoración inicial hasta ahora, la participante ha aumentado 1Kg, lo cual no representa un aumento significativo. Se reiteran las porciones a consumir por grupo de alimentos.

Refiere mantenerse activa y seguir recomendaciones dadas en periodos previos.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Sixta Bertel

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: BRUNAL DE ALEMAN ROSMARY DEL SOCORRO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34969625

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 12 | MES: 10 | AÑO: 1952 | EDAD: 72 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 62 kg | TALLA: 160 | IMC: 24,2 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: x | NO: | CUALES: osteoporosis - Artrosis |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: x | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: lescado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: x | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: x | PROTESIS DENTARIA: | SI: x | NO: |

Durante los periodos valorados (jun-nov), la participante se ha mantenido en un peso de 61 a 62 kg. Refiere tener buenos hábitos y seguir recomendaciones nutricionales mencionadas.

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: CABALLERO PARRA LUZ ESTELA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1233340666

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 14 | MES: 5 | AÑO: 1964 | EDAD: 61 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 40 | TALLA: 140 | IMC: 20,4 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: ~~ATA~~ -DM |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo peso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

Durante los periodos valorados (enero - noviembre), la beneficiaria se ha mantenido en el mismo peso corporal. Se mencionan nuevamente las porciones y los tiempos de comida a consumir en el día.

Ma Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

adulto mayor

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: CAMPO CASTRO ROSA ISABEL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 64554891

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 5 | MES: 1 | AÑO: 1963 | EDAD: 62 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 79 | TALLA: 160 | IMC: 30,8 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: No | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1kg.

En cuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Yza Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Rosa I. Campo C

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: CARABALLO FLOREZ GLORIA CECILIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34972554

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 22 | MES: 11 | AÑO: 1958 | EDAD: 66 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 44 | TALLA: 144 | IMC: 21,2 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo peso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

Durante los periodos de seguimiento nutricional, la beneficiaria no tuvo cambios significativos en el peso corporal, Inicio en 43 kg.
En cuanto a los hábitos refiere seguir recomendaciones antes dadas, tomar suficiente agua, mantenerse activa y comer en las porciones adecuadas.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003353533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

adulto mayor

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: CONTRERA MESTRA DAGOBERTO | | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6857956 | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 23 | MES: 8 | AÑO: 1939 | EDAD: 85 | |
| PESO: 50,5 | TALLA: 160 | IMC: 19,7 | GENERO: M | | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: Vertigo | | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | | |
| DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo Peso | | | | | |
| PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos | | | | | |
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: A veces | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1kg.

En cuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Mg. Stella Cortés H.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Dagoberto Contrera

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: CORDERO MONTALVO MARIA GREGORIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34990584

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 4 | MES: 6 | AÑO: 1964 | EDAD: 61 |
| PESO: 53 | TALLA: 159 | IMC: 20,9 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo peso.

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

✓ Nueces

La beneficiaria se ha mantenido en el mismo peso corporal. Refiere tener buenos hábitos, aunque realiza actividad física de forma ocasional, por lo que se incentiva la realización de manera más regular, teniendo en cuenta que la ingesta alimentaria sea adecuada durante el día.

Mg Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

María Cordero.

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: CARMEN CECILIA BALTAZAR | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25796438 | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 10 | MES: 03 | AÑO: 1963 | EDAD: 62 |
| PESO: 87,5 | TALLA: 167 | IMC: 31,3 | GENERO: F | |
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: DM - HTA | |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: | |
| DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad | | | | |
| PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Cerdo y pollo | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

Ingreso en el presente mes, se explican recomendaciones nutricionales para mejorar alimentación y estilo de vida, y así mejorar composición corporal y respuesta metabolica de las patologías de base.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Carmen Baltazar

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ESPITIA PASTRANA RAFAEL MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6877642

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 30 | MES: 11 | AÑO: 1949 | EDAD: 75 |
| PESO: 52,8 | TALLA: 157 | IMC: 21,4 | GENERO: M | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo Peso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: A veces | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: + | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: + |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1 kg. En cuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Rafael E Espitia

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ESPITIA PEREZ FRANCISCO MIGUEL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6859637

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 24 | MES: 1 | AÑO: 1947 | EDAD: 78 |
| PESO: 99 | TALLA: 1,67 | IMC: 35,4 | GENERO: M | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: OM - Hipotiroidismo |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

En relación a los meses antes valorados el beneficiario ha aumentado 4 Kg. Se hace enfasis en mejorar hábitos para llevar una vida mas sana. (Se tienen en cuenta las patologías de base).

Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Francisco Miguel Espitia

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: ESTRADA POLO BETTY AYDE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34998120

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 12 | MES: 1 | AÑO: 1965 | EDAD: 60 |
| PESO: 57 | TALLA: 155 | IMC: 21,2 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA - DM |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo Peso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: Si | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

La beneficiaria ha aumentado 2 kg en relación a las valoraciones previas realizadas, lo cual ha permitido evidenciar que sigue las recomendaciones alimentarias mencionadas.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

BETTY ESTRADA POLO

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

adulto mayor

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: FABRA MEZA LUZ MARINA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34974121

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 10 | MES: 11 | AÑO: 1954 | EDAD: 70 |
| PESO: 80 | TALLA: 156 | IMC: 20,5 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: Artritis Dermatitis |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo peso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: No | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1 kg

En cuanto a los hábitos refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Mg Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Luz marina Fabra

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: FAJARDO CASTILLO EDITH DEL ROSARIO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34972636

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 30 | MES: 10 | AÑO: 1953 | EDAD: 71 |
| PESO: 66,3 | TALLA: 155 | IMC: 27,5 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA - DM |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: a veces | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1 kg.

En cuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1083393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Edith Fajardo

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: FERIA HOYOS ELIZABETH

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34985660

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 11 | MES: 9 | AÑO: 1963 | EDAD: 61 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 77 | TALLA: 157 | IMC: 31,2 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Pescado y cerdo

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: NO | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: X | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

74,5

Durante los meses valorados la beneficiaria ha aumentado mes a mes el peso corporal, inicio con un peso de 74,5. por lo que se refuerza las recomendaciones en cuanto las porciones de los alimentos a consumir.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Elizabeth Feria Hoyos.

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

adulto mayor

OBJETO A CONTRATAR: "ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL CENTRO VIDA ESPÍRITU DE DIOS Y CENTRO DE VIDA MADRE DE GRACIA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: FIGUEROA RODRIGUEZ PABLA SOFIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34971340

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 2 | MES: 10 | AÑO: 1958 | EDAD: 66 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 57,3 | TALLA: 155 | IMC: 23,8 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: NO | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1kg.

Encuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Mg Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Pabla Figueroa R

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: FIGUEROA ZUÑIGA LUZ MARINA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34962215

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 20 | MES: 4 | AÑO: 1952 | EDAD: 73 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 60Kg | TALLA: 154 | IMC: 25,2 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: HTA - Osteoporosis |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: NO | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1kg.

Encuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Mg Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Luz marina figueroa

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: FLOREZ ESPITIA LORENZA FERMINA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34971136

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 24 | MES: 11 | AÑO: 1957 | EDAD: 67 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 58,5 | TALLA: 164 | IMC: 21,7 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: DM-Hipotiroidismo |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo peso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variacion ha sido de 1kg.

Encuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Lorenza Florez

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: GARCES COAVAS ROSIRIS DEL SOCORRO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34972411

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 8 | MES: 11 | AÑO: 1958 | EDAD: 66 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 73 | TALLA: 156 | IMC: 29,9 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: NO | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: X |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variacion ha sido de 1kg.

Encuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, Comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el dia; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Mg Stella Cortés M. ✓
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Rosiris Garcés C.

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: GARCES TORRENTE SAULO DAVID

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6886838

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 12 | MES: 10 | AÑO: 1961 | EDAD: 63 |
| PESO: 70 | TALLA: 175 | IMC: 23,3 | GENERO: M | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: X | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Adecuado

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: NO | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Durante las valoraciones realizadas el beneficiario no ha presentado cambios relevantes en su peso corporal, la variación ha sido de 1kg.

Encuanto a los hábitos, refiere mantenerse activo, comer las porciones adecuadas y consumir suficiente agua durante el día; siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

Mg. Stella Cortés H.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: GOMEZ LORDUY DEBBIE DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 40916450

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 29 | MES: 9 | AÑO: 1959 | EDAD: 65 |
| PESO: 66,4kg | TALLA: 156cm | IMC: 27,2 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: X | NO: | CUALES: DM |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: X | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Sobrepeso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: X | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: X | PROTESIS DENTARIA: | SI: X | NO: |

Por antecedente quirurgico, la beneficiaria solo camina, como act. física, refiere comer bien y tener un consumo adecuado de agua, ha subido de 3 a 4 kg en relación a las valoraciones anteriores.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Debbie Gomez L

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: TORDECILLA CLARA HILDA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34995884

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 20 | MES: 1 | AÑO: 1961 | EDAD: 64 |
| PESO: 102 | TALLA: 160 | IMC: 41 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: ✓ | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: ✗ | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: obesidad

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: ✗ | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: ✗ | NO: | PROTESIS DENTARIA: | SI: | NO: ✗ |

La beneficiaria en la valoración inicial tenía un peso de 105 kg, ha venido bajando paulatinamente, actualmente se encuentra en 102 kg, es decir, ha bajado 3kg.

Refiere seguir recomendaciones alimentarias mencionadas previamente, caminar más y tener suficiente consumo de agua al día.

Mg. Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Clara Tordecilla

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-007-2025

Alcaldía de MONTERÍA

# CONSORCIO BIENESTAR MAYOR

| DIA | MES | AÑO | GRUPO | CENTRO DE VIDA: | PROFESIONAL: | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 11 | 2025 | A | ESPIRITU DE DIOS | MARIA STELLA CORTES | EVALUACIÓN NUTRICIONAL FINAL |

## FORMATO EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NOMBRE COMPLETO: GONZALEZ VARGAS ENA CILA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 30645247

| FECHA DE NACIMIENTO: | DIA: 9 | MES: 8 | AÑO: 1953 | EDAD: 71 |
|---|---|---|---|---|
| PESO: 51 | TALLA: 154 | IMC: 21,5 | GENERO: F | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PATOLOGIAS PRESENTES: | SI: | NO: x | CUALES: |
| INTOLERANCIA A ALIMENTOS: | SI: | NO: x | CUALES: |

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: Bajo peso

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS: Todos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIARREA | SI: | NO: x | ESTREÑIMIENTO: | | |
| DENTADURA COMPLETA: | SI: | NO: ✓ | PROTESIS DENTARIA: | SI: x | NO: |

Durante los periodos antes valorados y el actual, la participante ha aumentado 1kg. Refiere tener Buenos hábitos en general, sin embargo, se mencionan alimentos a evitar y a preferir en la dieta.

Mg Stella Cortés M.
Nutricionista Dietista
T.P. 1003393533

FIRMA DEL PROFESIONAL

Ena cila Gonzalez Vargas

FIRMA /HUELLA ADULTO MAYOR