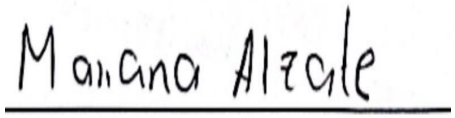
1. DATOS GENERALES DE LA SALIDA							
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	**JUEGOS DE COORDINACIÓN**						
FECHA DE LA SALIDA	**D: 26 M: 09 AÑO: 2025**			**JORNADA**	**AM: ___X___ PM: __**		
HORA DE INICIO PREVISTA	09:00 a.m.		**HORA DE FINALIZACIÓN PREVISTA**		11:00 p.m.		
LUGAR DE LA ACTIVIDAD	**POLIDEPORTIVO**	**X**	**MIRADOR**		**OTRO**		
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	● Estimular la coordinación óculo-manual y la atención dividida. ● Favorecer la agilidad, concentración y motricidad fina en los adultos mayores. ● Promover la dinámica grupal y la motivación a través del juego competitivo						
2. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES							
NÚMERO DE ADULTOS MAYORES	**G. AMARILLO: 22 G. AZUL: 18 TOTAL: 40**						
LISTADO DE ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES	Adjuntar listado detallado con nombres completos, número de identificación, contacto de emergencia y observaciones médicas relevantes para la salida. **Se adjunta link de acceso a formulario de drive donde se identifica dicha información.** https://docs.google.com/spreadsheets/d/1K57ftvyjGGjDGNQyU_UbHsZx5pqblxXZaA-OMTdoS9Y/edit?usp=sharing						
3. PLANIFICACIÓN Y LOGÍSTICA							
EVALUACIÓN PREVIA DEL LUGAR (Marcar con X):	**POLIDEPORTIVO:** ● [X] Estado de instalaciones (limpieza, obstáculos): [X] OK [ ] Observaciones: N/A ● [X] Equipamiento (si aplica): [X] OK [ ] Observaciones: N/A ● [X] Accesibilidad (rampas, etc.): [X] OK [ ] Observaciones: No existen rampas. **MIRADOR:** ● [ ] Seguridad del terreno (estabilidad, desniveles): [] OK [ ] Observaciones: ● [] Barandas y delimitaciones: [ ] OK [ ] Observaciones: ● [ ] Acceso (camino seguro): [] OK [ ] Observaciones:						
CONDICIONES CLIMÁTICAS PREVISTAS	Parcialmente soleado con temperatura 23°C, despejado. **Decisión:** [**X**] Se mantiene [ ] Se pospone [ ] Se cancela (Motivo:)						
PERSONAL DE APOYO (ACOMPAÑANTES):	1. Nombre y apellidos completos: Mariana Alzate Cargo: Auxiliar en Atención de Emergencias Celular: 3332242990 2. Nombre y apellidos completos: John Wilmar Loaiza Cargo: Profesional en Ciencias del Deporte Celular: 3023957406						

	3. Nombre y apellidos completos: Mariana Vargas Lopez Cargo: Fisioterapeuta Celular: 3203905670
KIT DE PRIMEROS AUXILIOS:	Revisado y completo [X] Observaciones: Revisión por TAPH de turno
NÚMEROS DE CONTACTO DE EMERGENCIA	Centro Vida Oriente: 320 688 9146 Brigada de emergencias: Juan Bautista Sánchez - 3126654378
PLAN DE CONTINGENCIA (RESUMEN DE ACCIONES CLAVE):	● Caídas: Valoración rápida de trauma y activación del protocolo de primeros auxilios. ● Descompensación de salud: Monitoreo de signos vitales y activación del protocolo de primeros auxilios. ● Desorientación / Pérdida: Se designa líder que acompañe al grupo de adulto, mientras otro compañero realiza una inspección rápida en las zonas aledañas verificando la presencia del adulto mayor, y comunica a la brigada de emergencias. ● Puntos de encuentro: Parqueadero del Centro Vida Oriente. ● Rutas de evacuación: Puerta principal del polideportivo.

4. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD *(Para completar durante o inmediatamente después)*			
HORA DE SALIDA DEL CENTRO	9:10 am	**HORA DE LLEGADA AL LUGAR:**	11:05 am
OBSERVACIONES DURANTE EL TRAYECTO:	Se dificulta el traslado con personas con movilidad reducida		
ACTIVIDADES REALIZADAS:	Desplazamiento al lugar Actividad recreativa de calentamiento Ejercicios de coordinacion motriz		
OBSERVACIONES SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES:	● La actividad fue satisfactoria y bien recibida, destacando la participación activa de la mayoría de los adultos mayores. ● La mayoría de los participantes asistieron con buena disposición, actitud positiva y ánimo de compartir.		
INCIDENTES/NOVEDADES (Marcar con X si aplica y describir):	● [ ] Caída: ● [ ] Descompensación de salud: ● [ ] Desorientación/Pérdida: ● [ ] Otros incidentes:		

PRIMEROS AUXILIOS APLICADOS (SI APLICA):	N/A		
CONTACTOS CON FAMILIARES/ACUDIENTES (SI APLICA)	N/A		
HORA DE SALIDA DEL LUGAR	9:10 am	**HORA DE LLEGADA AL CENTRO**	11:00 am
5. EVALUACIÓN POST-ACTIVIDAD			
ESTADO GENERAL DE LOS ADULTOS MAYORES AL REGRESO	Óptimas condiciones		
NECESIDAD DE SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO (SI APLICA):	Ninguna		
RETROALIMENTACIÓN DEL PERSONAL (PUNTOS FUERTES Y A MEJORAR):	Puntos a favor: ● Los adultos mayores se mostraron muy motivados y emocionados al conocer la actividad, favoreciendo su estado anímico. ● Hubo participación activa de la mayoría de los asistentes durante la salida. ● La actividad permitió la socialización y recreación, fortaleciendo el vínculo grupal y promoviendo el bienestar emocional.		
RECOMENDACIONES PARA FUTURAS SALIDAS:	● Planificar con antelación el tiempo de salida, incorporando pausas para organización y recomendaciones al grupo. ● Asignar roles específicos al personal de apoyo (responsable de contar, acompañar a quienes tienen movilidad reducida, guiar al grupo) para agilizar la salida.		
6. AUTORIZACIÓN DE COORDINACIÓN Y FIRMA			
AUTORIZACIÓN DE SALIDA POR COORDINACIÓN:	[**X**] **Aprobada** [ ] **No Aprobada** (Motivo:) **Fecha de autorización y/o negación:** 25 de septiembre de 2025.		
FIRMA DE LA COORDINACIÓN DEL CENTRO VIDA ORIENTE	Gloria Clemencia González Carmona C.C 42061274 Revisó: Jeferson Marín Fernández		
FIRMA PROFESIONAL A CARGO:	Mariana Vargas		

	Mariana Vargas C.C 1.004.519.883
FIRMA PERSONAL DE APOYO (SI APLICA):	 Mariana Alzate