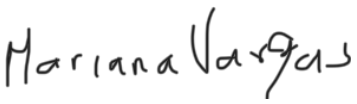
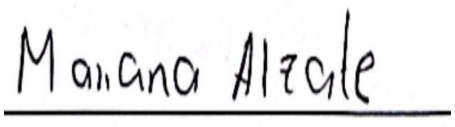
1. DATOS GENERALES DE LA SALIDA							
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	**Mejora la salud física y funcional a través del juego y la sana competencia.**						
FECHA DE LA SALIDA	**D: _08_ M: __09___ AÑO: __2025____**			**JORNADA**	**AM: ___X____ PM: _____**		
HORA DE INICIO PREVISTA	09:00 a.m.			**HORA DE FINALIZACIÓN PREVISTA**	11:30 a.m.		
LUGAR DE LA ACTIVIDAD	**POLIDEPORTIVO**	**x**	**MIRADOR**		**OTRO**		
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	Promover el bienestar físico, cognitivo, emocional y social de los adultos mayores a través de actividades recreativas y competitivas con enfoque fisioterapéutico, que favorezcan la movilidad, el fortalecimiento muscular, la coordinación y la integración grupal, contribuyendo a mantener su autonomía y calidad de vida.						
2. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES							
NUMERO DE ADULTOS MAYORES	**G. AMARILLO: 20 G. AZUL: 18 G. ROJO: 19 TOTAL: 57**						
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 • [x] Equipamiento (si aplica): [ ] OK [x] Observaciones: Se llevan 2 mesas, 2 pelotas y vasos. • Accesibilidad (rampas, etc.): [ ] OK [ ] Observaciones: **MIRADOR:** • [ ] Seguridad del terreno (estabilidad, desniveles): [] OK [ ] Observaciones: • [Barandas y delimitaciones: [ ] OK [ ] Observaciones: • [] Acceso (camino seguro): [ ] OK [ ] Observaciones:						
CONDICIONES CLIMÁTICAS PREVISTAS	Soleado, Nublado, Lluvioso, Temperatura: SOLEADO **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: N/A
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	9:12 am	**HORA DE LLEGADA AL LUGAR:**	11:30 am
OBSERVACIONES DURANTE EL TRAYECTO:	No se evidencia ninguna dificultad, el traslado fue corto y sin riesgos evidentes		

ACTIVIDADES REALIZADAS:	Desplazamiento al lugar Actividad recreativa de calentamiento Juego de coordinación óculo-manual Actividad recreativa enfocada en mejorar la movilidad articular		
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	9:12 AM	**HORA DE LLEGADA AL CENTRO**	11:30 AM
5. EVALUACIÓN POST-ACTIVIDAD			
ESTADO GENERAL DE LOS ADULTOS MAYORES AL REGRESO	ÓPTIMAS CONDICIONES		
NECESIDAD DE SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO (SI APLICA):	N/A		
RETROALIMENTACIÓN DEL PERSONAL (PUNTOS	Puntos a favor: ● Los adultos mayores se mostraron muy motivados y emocionados al conocer la		

FUERTES Y A MEJORAR):	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:** 08 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 Lopez CC 1004519883
FIRMA PERSONAL DE APOYO (SI APLICA):	 Mariana Alzate