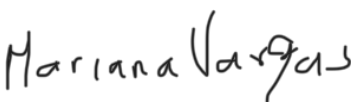
1. DATOS GENERALES DE LA SALIDA							
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	**Mejora la salud física y funcional a través del juego y la sana competencia.**						
FECHA DE LA SALIDA	**D: 08 M: 09 AÑO: 2025**			**JORNADA**	**AM: _____**	**PM: X**	
HORA DE INICIO PREVISTA	03:00 p.m.		**HORA DE FINALIZACIÓN PREVISTA**		4:00 p.m.		
LUGAR DE LA ACTIVIDAD	**POLIDEPORTIVO**		**MIRADOR**	**X**	**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							
NÚMERO DE ADULTOS MAYORES	**G. AZUL: 17 G. ROJO: 14 TOTAL: 31**						
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:** • [ ] Estado de instalaciones (limpieza, obstáculos): [ ] OK [ ] Observaciones: N/A • [ ] Equipamiento (si aplica): [ ] OK [ ] Observaciones: N/A • [ ] Accesibilidad (rampas, etc.): [ ] OK [ ] Observaciones: No existen rampas. **MIRADOR:** • [X] Seguridad del terreno (estabilidad, desniveles): [X] OK [ ] Observaciones: • [X] Barandas y delimitaciones: [X] OK [ ] Observaciones: • [X] Acceso (camino seguro): [**X**] OK [ ] Observaciones: Despejado y sin obstáculos						
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: Cristian Castañeda Cargo: Auxiliar en Atención de Emergencias Celular: 3233947245 2. Nombre y apellidos completos: David Rentería Cargo: Profesional en Ciencias del Deporte						

	Celular: 3225164032
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	3:10 pm	**HORA DE LLEGADA AL LUGAR:**	4:05 pm
OBSERVACIONES DURANTE EL TRAYECTO:	Se dificulta el traslado con personas con movilidad reducida, ya que hay unas pequeñas escaleras y rampa pronunciada.		
ACTIVIDADES REALIZADAS:	Desplazamiento al lugar Actividad recreativa de calentamiento Actividad recreativa enfocada en mejorar la movilidad articular Actividad enfoque en estimulación cognitiva		
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	3:00 pm	**HORA DE LLEGADA AL CENTRO**	4:00 pm
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:** 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		

	C.C 1.004.519.883
FIRMA PERSONAL DE APOYO (SI APLICA):	 Cristian Castañeda C.C. 1.125.079.588