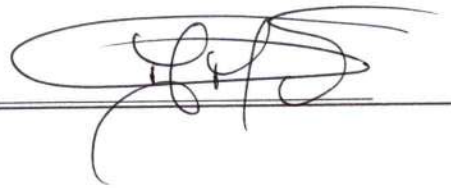
1891

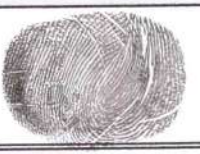
	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	DIEGO BARBOSA GUAVITA	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	3.291.569	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____ 

Firma Beneficiario: _____ 

1692

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	HECTOR MANUEL VELANDIA PEREZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	3.595.957	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			





Responsable: _____ Firma Beneficiario: _____

1693

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	AQUILINO LOPEZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	345.637	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____ Firma Beneficiario: _____

1699

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	MARTHA CECILIA PRADA BARRAGAN	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	40.420.833	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable:

Firma Beneficiario:

1695

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	LUZ MARINA JAIME RODRIGUEZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	21.201.532	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

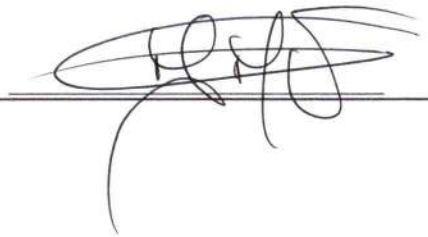
1696

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	GLORIA HELENA VALENCIA	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	1.120.503.399	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

1697

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	MARIA RUBIELA RODRIGUEZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	28.545.883	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1698

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	FRANCELINA FLOREZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	21.199.779	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1699

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	MARIA ROSALBA GONZALEZ GARCÍA	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	21.200.552	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1700

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	LUZ FANY GUEVARA NOVOA	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	52.092.006	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

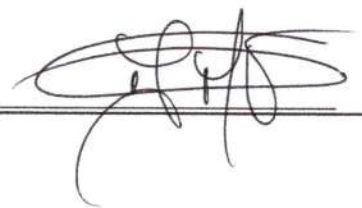
1201

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	YESID GUTIERREZ CARVAJAL	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	3.280.759	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

1202

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	JANUARIO TRIGOS	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	3.281.801	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable:

Firma Beneficiario:

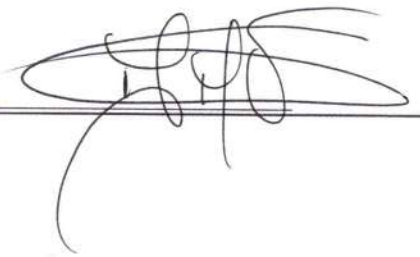
1203

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	MARIA DOLORES RAMOS	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	23.801.646	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

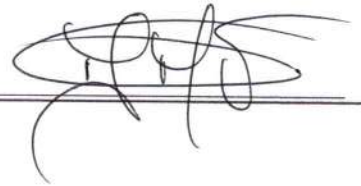
Firma Beneficiario: 

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	ELMER ANTONIO RAMIREZ ESCOBAR	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	10.178.717	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

1705

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	DAVID RAMIRO MARTINEZ SUAREZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	79.570.371	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1206

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	ORLANDO TORRES MORENO	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	17.146.331	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable:

Firma Beneficiario:

1207

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	LUIS ARMANDO PRIETO	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	17.312.342	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1208

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	ALIRIO DE JESUS GONZALEZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	16.208.140	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

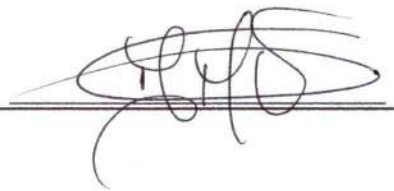
1209

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	RICARDO HERNANDEZ SERRANO	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	1.176.475	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

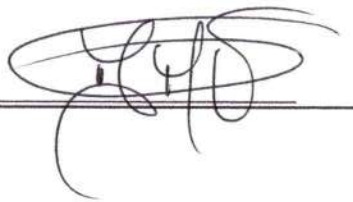
Firma Beneficiario: 

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	YOLANDA AMAYA	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	40.421.213	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

1211

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	HECTOR RIVEROS	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	80.270.186	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1212

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	ENEREO GUERRERO GOMEZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	3.279.690	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1213

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	MARIA ARGENIS SARAY MORENO	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	21.200.976	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____ Firma Beneficiario: _____

1214

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	DAGOBERTO LERMA MENDOZA	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	14.266.441	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1215

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	JAMEL GOMEZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	17.351.118	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____ Firma Beneficiario: _____

1216

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	DORA LILIA ESGUERRA GONZALEZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	21.201.403	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

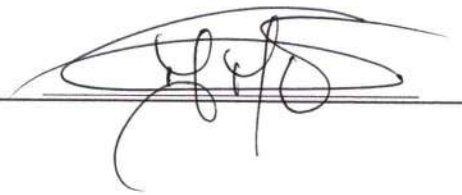
1213

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	ANA FELISA MORENO GONZALEZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	21.201.155	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

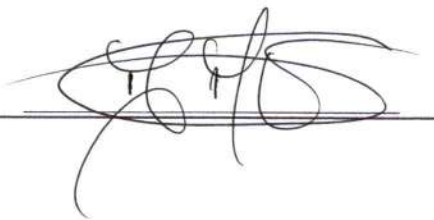
1218

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	JORGE ANTONIO HOYOS	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	16.683. 188	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

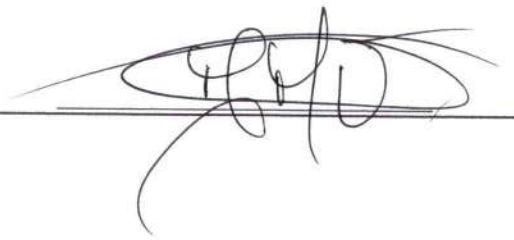
1219

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	GABRIEL ALFONSO CASTRO	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	4.903.570	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

1920

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	ALFONSO ROJAS	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	3.280.804	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

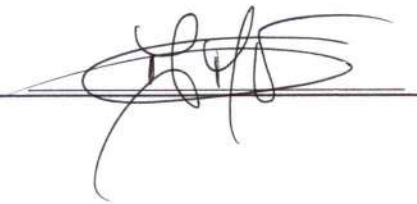
1721

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	MARGARITA SIERRA	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	21.211.988	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

1732

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	ROSA MARIA HERRERA	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	20.213.174	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

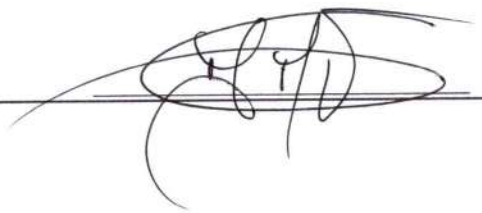
1773

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	ANA ROSA VARGAS	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	20.685.322	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

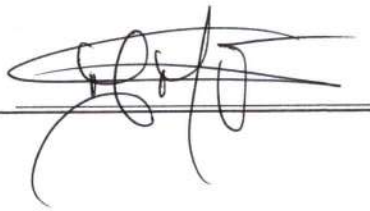
1723

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	HECTOR SARMIENTO	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	3.071.991	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

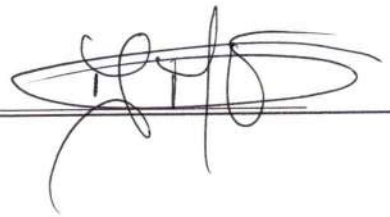
24

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	JESUS ANTONIO PENAGOS	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	3.280.112	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____ 

Firma Beneficiario: _____ 

1225

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	LUIS FRANCISCO REY CASTRO	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	3.281.176	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

19 26

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	ESTAUROFILO MORA	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	160.867	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1223

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	MARIELA CLAVIJO	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	21.173.288	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

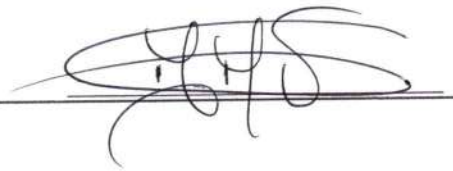
1228

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	CECILIO RIASCOS	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	12.795.141	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

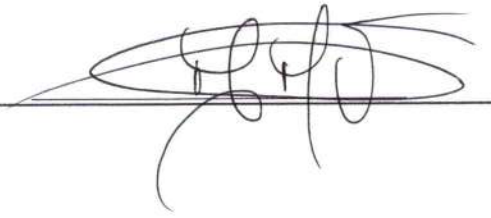
1229

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	**MARTIN ROMERO**	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	3.280.117	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

1130

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	ELIZABETH RODRIGUEZ RAMIREZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	23.273.371	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

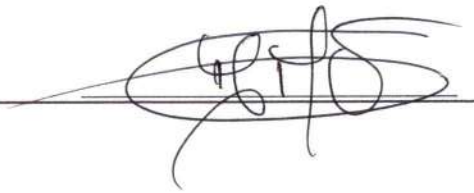
1231

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	LUIS EUDORO PINEDA MANCERA	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	4.473.945	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

1232

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	AQUILINO ANZOLA	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	4.200.609	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

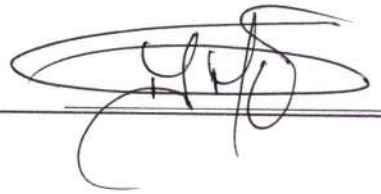
1233

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	BENIGNO ENCISO FLOREZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	3.281.658	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

1234

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	FIDEL SOLARTE GUZMAN	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	4.739.198	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1235

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	ROSA ANGELINA VIRGUEZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	23.805.219	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1236

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	BRIGIDA RUBIANO RUBIANO	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	21.172.716	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1232

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	LIDA GONZALES	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	40.420.834	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____ Firma Beneficiario: _____ 

1238

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	RICARDO GONGORA VILLAMIL	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	19.224.846	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1239

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	HERCILIA ORTIZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	3.071.991	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable:

Firma Beneficiario:

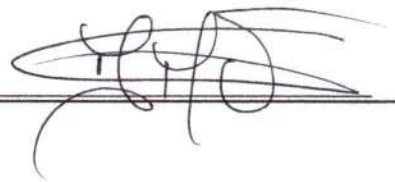
1240

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	RICARDO HERNANDEZ ROJAS	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	19.138.944	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

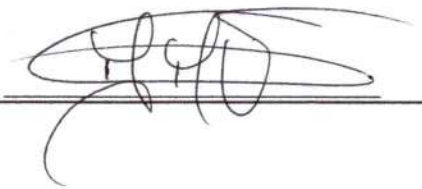
1741

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	RODRIGO ALBERTO PEÑA ARIZA	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	19.271.042	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

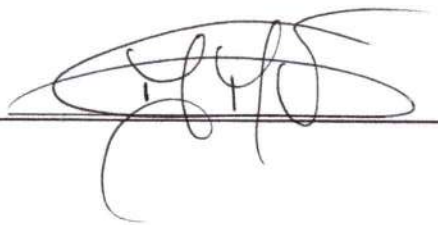
1242

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS-PG-PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	ROSA IRENE RODRIGUEZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	21.199.826	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

1743

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	JORGE ALBERTO PRADO	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	10.127.727	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: _____

Firma Beneficiario: _____

1744

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	RAFAEL ANTONIO LOPEZ	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	5.909.708	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable:

Firma Beneficiario:

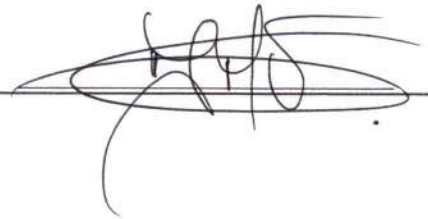
1745

	MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CODIGO	PS–PG–PR4-F4
	CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS	VERSION	1
		APROBACIÓN	23/06/2025

PLANILLA DE REGISTRO DE RACIONES DE REFRIGERIOS (2) Y ALMUERZO

NOMBRE BENEFICIARIO:	MARIA TERESA STELLA DE SILVA	COMEDOR CENTRO VIDA:	ANITA BLANCO DE GUALTEROS
CEDULA DE CIUDADANIA:	21.199.259	MES Y AÑO:	ABRIL 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1 	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Responsable: 

Firma Beneficiario: 

FUNDACIÓN ESPERANZA

NIT: 900.414.673-9

Para la Vida, la Paz y el Amor

1746

PLANILLAS DE ENFERMERIA

Calle 5 No. 34 B - 33 Barrio Rosa Blanca Oriental, Villavicencio - Meta
Correo: fund.esperanza@hotmail.es
Cel.314 3154240

1747

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Abelardo Dueñas Lopez DOCUMENTO: 17332667 EDAD: 67

DIRECCIÓN: Clle 22 c B- Once de Noviembre EPS: Capital Salud RH: O+

ENFERMEDADES: NO: X SI: ____ CUÁLES: N/A

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: N/A

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	78		77		79		76		75		80		79				78		82				76		
SAT. OXIGENO	96		97		98		95		96		99		95				97		98				96		
TENSION ARTERIAL	125/78		126/79		127/80		128/82		130/76		131/77		126/83				128/78		132/76				129/80		

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1122.125.723
R.G 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1

1744

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Adela Diaz DOCUMENTO: 41334216 EDAD: 83

DIRECCIÓN: Cll - 74 # 70A - 21 B Maipore EPS: Capital Salud RH: Ot

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	80	78		82		76		74		78		72		84	82		78		76			82			
SAT. OXIGENO	96	98		100		97		99		98		97		99	96		99		100			96			
TENSION ARTERIAL	128/78	122/76		125/78		120/82		128/80		118/84		120/72		122/78	118/76		120/80		122/82			110/86			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122125723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1749

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Alberto Antonio Sanchez Ruda **DOCUMENTO:** 2524922 **EDAD:** 89

DIRECCIÓN: Cll-6-5#4-32 B. Camoa **EPS:** _____ **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** _____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** _____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	69		68		67	68			71		66		68		70		72		76		74				
SAT. OXIGENO	99		98		96	99			97		96		99		98		100		99		97				
TENSION ARTERIAL	104/57		125/77		128/78	123/74			124/75		119/69		126/77		122/73		124/75		118/68		122/73				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Cañabria M.
C.C 1122.125.723
R.G 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1750

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Alcira Suarez de Ramirez DOCUMENTO: 41.478.043 EDAD: 76.

DIRECCIÓN: cra 11 # 9-88 B. primavera EPS: Capital Salud Sub. RH: A+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: x CUÁLES: Diabetes, HTA.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: x CUÁLES: Losartan, Furunet.

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		63		60	63		63		59	65		63		59	63		59		60	63		59			
SAT. OXIGENO		97		97	95		96		97	97		96		96	97		97		97	99		97			
TENSION ARTERIAL		150/81		155/83	151/80		153/77		155/79	157/81		150/83		155/87	151/79		150/85		155/83	150/80		156/83			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dt medico HTA - Diabetes

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-Vicio
Reg. Nº 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1751

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Alfonso Rojas DOCUMENTO: 3.280.804 EDAD: 85

DIRECCIÓN: Cra 2 con calle 3 esquina EPS: Capital Salud RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HTA, Derivación Urinaria B. Adec.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: Losartan, Linagliptina 5mg

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	54			56	55	54			54	56	55			55	57		55		55	56		54			
SAT. OXIGENO	99			99	98	99			98	98	99			98	99		99		98	99		99			
TENSION ARTERIAL	169/77			171/82	175/78	171/69			173/73	170/69	167/71			172/88	159/81		155/79		159/83	150/77		132/90			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dt medicos paciente con derivación Urinaria (bolsa recolectora de orina) HTA.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

5

1752

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Alina Rodriguez DOCUMENTO: 21.199.091. EDAD: 81

DIRECCIÓN: Cra 6 #13-37 1a mzn. B. Libertadores EPS: capital. Salud SAS. RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ___ SI: x CUÁLES: Diabetes, HTA, Artrosis

MEDICAMENTOS: NO: ___ SI: x CUÁLES: Losartan, Jarumet, Amlodipino.

MES: Mar-20 AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	77		77		77		73		75	73		75		73	75		72		75	73		72			
SAT. OXIGENO	99		98		98		94		98	99		98		98	99		98		94	98		92			
TENSION ARTERIAL	155/79		150/75		153/75		151/70		159/87	157/83		155/77		159/93	156/79		153/77		150/73	147/70		155/74			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dt reduce HTA, Diabetes, Artrosis.

Andrea M. Barón
C.C. 40.218.172 Vicio
Reg. Nº 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

6

1753

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Alirio de Jesus Gonzalez **DOCUMENTO:** 16208140 **EDAD:** 70

DIRECCIÓN: Cll-11 #5-62 B Libertador **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: X **SI:** ____ **CUÁLES:** N/A

MEDICAMENTOS: NO: X **SI:** ____ **CUÁLES:** N/A

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	76			78	80	84		76		80		76		82		72		84		74		78			
SAT. OXIGENO	97			96	98	97		99		98		97		96		99		100		96		98			
TENSION ARTERIAL	134/79			130/78	135/76	132/72		130/82		133/84		130/78		138/79		135/84		132/82		134/86		130/84			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1259

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Alvaro Antonio Garcia R **DOCUMENTO:** 1120500882 **EDAD:** 59

DIRECCIÓN: C11 - 13 # 4-70 B. Libertador **EPS:** Nueva EPS **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** x **CUÁLES:** Discapacidad Intelectual

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	75		82		78	75		77		75	86		77		82		80		76	75		73			
SAT. OXIGENO	98		98		96	96		97		96	98		98		97		96		97	97		98			
TENSION ARTERIAL	150/88		154/89		149/77	155/88		153/86		150/80	156/98		152/91		147/72		149/79		149/91	149/96		152/91			

OBSERVACIONES GENERALES:
Diagnostico Discapacidad Intelectual.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1755

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Ana felma moreno González DOCUMENTO: 21.201.155. EDAD: 68

DIRECCIÓN: Cra 5 # 6-26 B. Fundadores EPS: Nueva EPS. RH: A+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: x CUÁLES: Diabetes, Discapacidad S-5 Visual,

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: x CUÁLES: Janumet.

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		84		82	86		84		84	82		82		86	84		84		82	84		84			
SAT. OXIGENO		98		96	96		98		99	96		99		98	99		96		99	96		98			
TENSION ARTERIAL		120/70		118/69	122/74		122/74		118/69	120/70		120/72		122/74	120/69		122/74		120/69	118/69		124/74			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico Discapacidad Visual.

Andrea M. Barrera
CC. 40.218.172-Vicio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1756

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Ana Rosa vargas DOCUMENTO: 20.685.322 EDAD: 79.

DIRECCIÓN: Cll 1 #1-03. B. Roa canoa EPS: Capital Salud RH: A+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: Diabetes, HTA, Hipotiroidismo sub.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: lecotiroxina. 50mg, Amlodipino. 10mg, Rosuvastatina. 20mg, Janumet 50mg, Hioscina. 10mg. omeprazol, 20mg)

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	83.	81.		83.		85			83.	83.		81.	83.		81.		81.		83.	81	80.				
SAT. OXIGENO	97	97		99		97			98	97		98	97		99.		97		99	98	96.				
TENSION ARTERIAL	139/79	135/75		137/77.		135/77			139/77	133/69		139/79	135/73		133/70		130/73.		135/75	137/77	139/76.				

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1757

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Aquilino Arola DOCUMENTO: 4.200.609 EDAD: 90

DIRECCIÓN: MZJ C-02 B. paraiso EPS: Capital salud RH: A+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: ulcera varicosa.

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: ____

MES: marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	70		75		73	75		75		77	77		75		75	77		77		76		77				
SAT. OXIGENO	92		94		94	96		94		94	96		96		94	96		96		95		96				
TENSION ARTERIAL	130/68		134/72		132/70	136/68		133/64		130/66	136/69		134/68		131/66	135/73		139/75		133/69		136/66				

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico. Ulcera varicosa pie derecho por problemas circulatorios, por medio curación. Sucursal.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1758

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Aquilino Lopez **DOCUMENTO:** 345637 **EDAD:** 91

DIRECCIÓN: C11-11 #4-37 B. Libertador **EPS:** Nueva EPS **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026.

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	70		78		76		74		78				77		74		78		76			70			
SAT. OXIGENO	100		96		97		94		98				97		94		96		98			97			
TENSION ARTERIAL	130/79		135/76		133/80		134/78		130/80				138/82		135/79		134/79		130/78			135/80			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

D59

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Barbara Vargas **DOCUMENTO:** 57878884 **EDAD:** 73

DIRECCIÓN: Anillo vial finca el descanso **EPS:** Capital **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MEDICAMENTOS: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	68			83		68		73		76		74		68		77		74		72		79			
SAT. OXIGENO	98			98		96		98		97		99		100		96		95		100		97			
TENSION ARTERIAL	150/84			122/78		138/80		136/78		139/79		137/77		149/86		138/80		132/86		136/76		138/82			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1760

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Benigno Erazo Florez DOCUMENTO: 3.281.658. EDAD: 78

DIRECCIÓN: Mz G C-15 B. paraiso EPS: Capital salud RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: Discapacidad Visual. SS.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		90.		93.	90.		87.		83.	90.	85		85		88		91	78		76		92			
SAT. OXIGENO		97.		96	98		98.		97	98	97		98		96		96	98		96		96			
TENSION ARTERIAL		110/66.		107/69	96/63		93/59.		103/69	99/73	110/70.		115/71.		108/76		100/68	105/70.		114/72		104/78			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx Medico. Discapacidad Visual perdida total de la vista de los 2 ojos.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

14

1261

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Brigida Rebaco DOCUMENTO: 21.172.716. EDAD: 78

DIRECCIÓN: MZ IC-11 B Rebaco. paraiso EPS: Capital salud RH: O+.
Sub

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: x CUÁLES: HTA, Diabetes, Glaucoma en los 2 ojos.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: x CUÁLES: Janumet, Insulina inyect,

MES: Marzo AÑO: 2026.

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	77		71		79	81		77		75	66		80		76	73		75		77		83			
SAT. OXIGENO	96		97		99	97		96		96	98		99		97	97		96		98		96			
TENSION ARTERIAL	120/70		118/65		127/88	125/82		122/70		120/68	124/72		125/85		124/82	117/64		113/60		122/68		126/57			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dt medico: HTA, Diabetes, Glaucoma en los 2 ojos, Displacia
de [illegible]

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1262

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Carlos Julio Aguilera **DOCUMENTO:** 17350877 **EDAD:** 73

DIRECCIÓN: Mz-5 Cs-22 B. San Jorge 2 **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	70		76		72		74		66		76		71		70		78		71		68				
SAT. OXIGENO	98		96		99		97		100		96		99		97		98		96		97				
TENSION ARTERIAL	129/84		124/75		126/81		125/80		130/85		127/80		122/79		120/77		126/83		128/83		125/80				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1763

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Carmelina Gutierrez Pineda DOCUMENTO: 21207709 EDAD: 73

DIRECCIÓN: M2 4CS 4 B. Cafuches EPS: Capital Salud RH: O+

ENFERMEDADES: NO:____ SI:____ CUÁLES: _____

MEDICAMENTOS: NO:____ SI:____ CUÁLES: _____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	84		78		76		82		86		72			78		82		84		86		78			
SAT. OXIGENO	99		98		100		97		96		97			100		99		96		97		98			
TENSION ARTERIAL	128/78		125/74		127/79		120/82		125/84		120/72			122/74		125/82		120/84		122/78		128/68			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1122.125.723
R.G 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

17

1264

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Carmen Julia Romero DOCUMENTO: 23845226 EDAD: 85

DIRECCIÓN: Cr-7 #12-15 B. Las Ferias EPS: Capital Salud RH: O+

ENFERMEDADES: NO:____ SI:____ CUÁLES:

MEDICAMENTOS: NO:____ SI:____ CUÁLES:

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	86		84		79		82		84		72		76		78		82		86		78				
SAT. OXIGENO	99		97		96		98		100		99		96		97		99		97		96				
TENSION ARTERIAL	135/79		130/78		132/82		128/84		135/80		130/76		132/72		128/72		125/74		132/82		130/76				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.126.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1765

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Cecilio Rasco. **DOCUMENTO:** 12.795.141. **EDAD:** 77.

DIRECCIÓN: casa 19 B. Hogar mar. **EPS:** Capital Salud. **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** HTA.

MEDICAMENTOS: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** Enalapril 20mg

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	76		69		82	85		73		77	81		75		73		79		73	77		68			
SAT. OXIGENO	98		98		99	97		99		99	97		97		98		97		98	97		99			
TENSION ARTERIAL	156/92		152/91		158/96	120/85		176/88		173/81	165/93		166/95		156/98		165/83		159/79	165/83		120/69			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico HTA.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1766

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Cielo Maria Neto DOCUMENTO: 21.202.218. EDAD: 73.
castaño.
DIRECCIÓN: cra 5 #18-47. B. arce nuevo EPS: capital salud. RH: O+.
S-S.
ENFERMEDADES: NO: ___ SI: X CUÁLES: Diabetes, HTA, Discap. visual perdida total ojo izq.
MEDICAMENTOS: NO: ___ SI: X CUÁLES: Janumet, Insulina inyec, Amlodipino, Lorsartan.
MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		79		81	86		84		88	90		88		86	92		92	90		92		91			
SAT. OXIGENO		99		98	97		98		99	99		98		99	98		98	99		98		98			
TENSION ARTERIAL		128/88		120/82	124/80		118/76		120/79	117/77		120/76		122/74	118/79		126/72	124/78		111/73		115/77			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico perdida total ojo izquierdo Discapacidad visual, HTA, Diabetes.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. Nº 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1267

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Dagoberto Jerna DOCUMENTO: 14.266.441. EDAD: 75

DIRECCIÓN: cra 3 #10-79. Mendoza B- Libertador EPS: Nueva Eps - Sub. RH: A+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: x CUÁLES: Enucleación

MEDICAMENTOS: NO: x SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026.

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		72		67	69		72		70	72		73		74	01		72		74	69		72			
SAT. OXIGENO		96		96	88		96		96	96		96		96	96		96		96	96		96			
TENSION ARTERIAL		126/81		138/87	127/88		128/81		144/91	134/81		134/91		130/84	138/81		130/84		138/81	126/81		120/79			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico Discapacidad visual por perdida total del ojo. Ojo derecho (Enucleación)

Andrea M. Barrera Vides
C.C. 40.218.172
Reg. N° 50-11736 Met
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1268

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: David Ramiro Martinez Suarez. DOCUMENTO: 79.570.371 EDAD: 54.

DIRECCIÓN: Cra 11 # 9-88 B. primavera EPS: capital salud Sub. RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: x CUÁLES: ptre renal cronico, Diabetes, HTA, Discapacidad visual.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: x CUÁLES: Metoprol, prozosina, Amlodipino, Jarnet.

MES: Marzo AÑO: 2026.

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	77		77		68	74		79		82		77		77	77	76		68		75		89			
SAT. OXIGENO	99		99		98	99		88		96		88		99	88	99		97		99		88			
TENSION ARTERIAL	171/75		175/73		163/70	166/77		169/71		162/90		159/53		170/68	165/73	170/77		169/70		170/69		172/74			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dt medico. pte con Henodialisis, pte con dializador, HTA, Diabetes Discapacidad visual.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

22

1269

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Delfin Jozaro Cabezas DOCUMENTO: 5.986.765. EDAD: 71.

DIRECCIÓN: Cra 5 # 6-26. B Fudadaer EPS: Nueva Eps. sub. RH: O+

ENFERMEDADES: NO: x SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: x SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		94		94	94		94		82	54		94		96	94		94		94	96		94			
SAT. OXIGENO		86		66	86		66		66	85		66		86	86		66		76	86		86			
TENSION ARTERIAL		07/121		89/121	121/69		121/72		89/102	121/74		121/02		94/121	07/121		118/86		69/102	121/74		124/82			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218172 Vicio
Reg. Nº 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1220

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Diego Barbosa Guavita **DOCUMENTO:** 3291569 **EDAD:** 81

DIRECCIÓN: Mz B Cs 71 B San Jorge 1 **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		76		78		74		78		76		82		84		86		80		84		82			
SAT. OXIGENO		99		100		98		96		99		96		97		98		100		96		97			
TENSION ARTERIAL		128/74		125/78		120/76		122/72		126/82		120/80		126/78		128/71		124/82		122/80		125/78			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

1271

NOMBRE: Dora Inés Esguerra González DOCUMENTO: 21-201.403 EDAD: 65.

DIRECCIÓN: Cll 7 # 2-19. B. Fundadores EPS: Capital salud RH: A+.

ENFERMEDADES: NO: ___ SI: x CUÁLES: Hipotiroidismo, HTA, Diabetes sub, pte renal crónico.

MEDICAMENTOS: NO: ___ SI: x CUÁLES: Azatioprini 50mg, Acetil Salicilico 100mg, Atorvastatina, Furosemida, prednisolona, pregabalina, Bisacodilo, Lactulosa, Amlodipino + Losartan

MES: Marzo AÑO: 2026.

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		85		83	85		89		86	86		85		87	83		85		89	87		89			
SAT. OXIGENO		93		96	95		97		93	97		95		97	93		93		97	95		93			
TENSION ARTERIAL		107/83		114/88	109/81		107/80		118/90	109/85		110/78		112/80	114/71		109/89		112/86	110/78		107/85			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-Vicio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1222

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Edilma Villalba Mendez **DOCUMENTO:** 21198384 **EDAD:** 84

DIRECCIÓN: Cll-22 #5-52 B. Once de Noviembre **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		68		70		70		74		72		82		84		82		84		86		78			
SAT. OXIGENO		96		98		97		99		96		98		97		99		96		98		100			
TENSION ARTERIAL		126/74		128/78		130/80		129/79		131/81		127/77		124/74		122/72		121/71		125/75		129/79			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1773

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Elizabeth Rodriguez Ramirez DOCUMENTO: 23.273.371. EDAD: 75

DIRECCIÓN: casa 47 B. Mejor vivir. EPS: capital salud. RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: + SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: + SI: ____ CUÁLES: ____

MES: marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	73		78		71		74		71	75	73		72		75		69		73	79		72			
SAT. OXIGENO	97		99		98		97		97	98	97		99		97		98		97	98		95			
TENSION ARTERIAL	126/58		118/70		115/71		108/68		118/74	120/70	117/64		124/82		116/77		114/91		116/77	110/80		124/81			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1224

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Elmer Antonio Ramirez Escobar. DOCUMENTO: 10.178.717. EDAD: 55

DIRECCIÓN: cra 3 #3-27 Bl. los Andes. EPS: Capital Salud S.U.B. RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: x CUÁLES: Diálisis "disfunción renal

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: x CUÁLES: Valsartan 160mg + Amlodipino, neto prolol, clonidina, fns, pregabalina, paricalcitón,

MES: Marzo AÑO: 2026.

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		55		53	55		57	55		55		57		55	55	57	59	55		57		55			
SAT. OXIGENO		97		99	97		96	97		99		97		97	99	99	97	99		97		97			
TENSION ARTERIAL		133/80		125/76	130/78		130/90	135/93		127/80		130/93		127/85	125/78	133/91	130/95	125/68		129/76		130/90			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.219.472 V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1775

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Enereo Guevero Gomez DOCUMENTO: 3.279.690. EDAD: 89.

DIRECCIÓN: Mz B c-01 B. la Floresta EPS: capital Sal-d RH: O+

ENFERMEDADES: NO: x SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: x SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	77		75		77		73		81	77		74		77	75	79		75		77		74			
SAT. OXIGENO	99		98		99		97		99	97		98		99	97	98		98		99		97			
TENSION ARTERIAL	125/88		120/74		115/71		108/77		105/70	110/66		115/75		108/73	109/79	120/76		122/80		120/72		125/84			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1726

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Estaurofilo nora Sandoval DOCUMENTO: 160.867 EDAD: 90

DIRECCIÓN: Cra 7# 11-88 B. las Ferias EPS: capital salud. RH: A+

ENFERMEDADES: NO: ___ SI: x CUÁLES: Discapacidad visual SS. de los 2 ojos

MEDICAMENTOS: NO: ✓ SI: ___ CUÁLES: ___

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		59		55	57		59		56	59		56		59	55		59		61	59		57			
SAT. OXIGENO		97		98	98		97		98	97		96		99	97		96		99	97		97			
TENSION ARTERIAL		140/85		145/81	120/83		123/80		161/74	169/74		123/81		125/83	169/80		123/79		120/82	125/88		140/83			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico Discapacidad total visual.

Andrea M. Bravo
CC. 40218172-Vico
Reg. 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

A77

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Fermin Rodriguez DOCUMENTO: 3269380 EDAD: 85

DIRECCIÓN: M24 CS-10 B. Cafuches EPS: Capital Salud RH: O+

ENFERMEDADES: NO:____ SI:____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO:____ SI:____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		70		68		70		66		68		72		74		78		80		82		78			
SAT. OXIGENO		96		98		97		99		95		100		97		98		96		99		100			
TENSION ARTERIAL		128/70		130/72		128/75		132/74		128/76		130/82		129/74		132/82		129/74		128/78		132/80			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1122125.723
R.G: SO-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1228

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Fidel Armando Torres **DOCUMENTO:** 5576949 **EDAD:** 83

DIRECCIÓN: C11-20#5-24 B. Once de Noviembre **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	72		75		70		76		77		73		78		69		80		77		78				
SAT. OXIGENO	97		96		98		95		97		99		96		98		99		97		100				
TENSION ARTERIAL	122/72		125/75		120/70		123/73		128/78		124/74		129/79		119/69		118/68		127/76		129/71				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1279

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Fidel Solarte Guzman DOCUMENTO: 4739 198 EDAD: 80

DIRECCIÓN: Mz 6 Casa 16 B. Paraiso EPS: Capital Salud RH: B+

ENFERMEDADES: NO:____ SI:____ CUÁLES: _____

MEDICAMENTOS: NO:____ SI:____ CUÁLES: _____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	86		78		76		79		82		88		86		84		76		79		74				
SAT. OXIGENO	100		99		97		96		95		100		98		96		98		99		95				
TENSION ARTERIAL	130/84		132/82		131/78		132/76		133/78		128/72		125/84		139/76		132/78		130/68		135/84				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1280

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Flor Elvia Diaz Diaz **DOCUMENTO:** 21199524 **EDAD:** 78

DIRECCIÓN: C11-15 # 5-59 B. Once de Noviembre **EPS:** Capital Salud **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	72		75		70		74		68		77		68		78		66		74			68			
SAT. OXIGENO	97		99		96		98		97		100		99		97		96		99			100			
TENSION ARTERIAL	130/80		132/82		128/78		133/83		127/77		126/76		135/85		125/75		136/86		132/82			128/79			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1122125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1781

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Fortunato Goday Parra **DOCUMENTO:** 2273916 **EDAD:** 80

DIRECCIÓN: C.11 - 4 #3 - 44 B. Fundadores **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	72			74		73		74		76		72		75		82		84		80		78			
SAT. OXIGENO	96			98		96		97		99		98		100		97		96		99		98			
TENSION ARTERIAL	141/87			160/82		139/84		137/82		143/85		133/79		141/87		145/88		134/80		142/86		134/82			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1782

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Francelina Florez DOCUMENTO: 21.199.779 EDAD: 79.

DIRECCIÓN: Cll 23 #4-07 B. Arc Nubes EPS: Nueva Epo. S3. RH: A+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: Epoc cronico, Neumonia.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: _____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	95		97		97		98		94	97	95		97		97	98		95		96		98			
SAT. OXIGENO	97		99		99		99		98	97	98		98		99	99		98		99		98			
TENSION ARTERIAL	132/94		138/97		134/90		132/98		130/92	136/90	133/92		130/90		132/98	136/90		133/97		130/94		132/98			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dt medico, Neumonia, Epoc cronico, Oxigeno terapia. Hiperbárica.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. Nº 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1783

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Gabriel Alfonso Castro Jimenez. DOCUMENTO: 4-903.570. EDAD: 83.

DIRECCIÓN: Cll 5 #4-78 B. Fundadores EPS: Capital salud RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: x CUÁLES: Arritmia cardiaca.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	74			72	74		72		72	76		72		72	70		72		70	74		72			
SAT. OXIGENO	99			98	99		99		98	99		98		99	99		98		98	99		99			
TENSION ARTERIAL	121/81			118/69	120/73		124/77		120/68	122/71		118/69		122/70	120/68		122/71		120/70	116/68		121/81			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-Vlcio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1784

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Gildardo Torres DOCUMENTO: 17352654 EDAD: 74

DIRECCIÓN: Cr-9 #6-37 B. Polo club EPS: Nueva EPS RH: O+

ENFERMEDADES: NO:____ SI:____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO:____ SI:____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	66		70	68		71		76		74	70		76		69		74		71		78				
SAT. OXIGENO	99		97	96		98		95		96	97		99		97		96		98		99				
TENSION ARTERIAL	100/60		116/72	110/78		101/68		100/72		99/68	100/78		112/79		114/80		115/84		111/87		100/78				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1285

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Gloria Helena Valencia DOCUMENTO: 1120503399 EDAD: 79

DIRECCIÓN: C11-23 # 4-02 B. Once de Noviembre EPS: Capital Salud RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		82		68		75		78		70		80		82		75		77		78		74			
SAT. OXIGENO		94		96		97		98		100		95		98		100		97		96		99			
TENSION ARTERIAL		112/80		118/70		120/72		123/73		123/73		125/75		126/74		127/76		123/73		125/75		120/72			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

39

1786

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Gonzalo Hernandez DOCUMENTO: 3.282.079. EDAD: 77

DIRECCIÓN: cra 5A # 1B. B. canoa EPS: capital salud S.S. RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HTA, Enfermedad Renal cronica,

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: Atenevastatina, Acetilsalicilico, Metoprolol, calcitriol

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	69		88		68		85		81	77	86		76		73	75		82		75		80			
SAT. OXIGENO	99		97		98		97		97	98	99		98		96	99		96		96		98			
TENSION ARTERIAL	162/90		166/94		159/53		170/85		165/95	152/91	156/98		166/99		167/73	158/77		162/94		167/73		169/87			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx Nefropatia Enfermedad Renal, HTA.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1987

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Gonzalo Suarez **DOCUMENTO:** 3280 807 **EDAD:** 83

DIRECCIÓN: Cr-9 # 17-52 B. olimpico **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	64		68		72		69		72		74			78		74		79		78		82			
SAT. OXIGENO	99		98		100		97		96		97			98		96		97		99		100			
TENSION ARTERIAL	120/68		122/66		120/70		122/74		119/78		110/82			100/78		125/72		120/82		115/78		132/82			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1122125.723
R.C 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

41

1788

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Gustavo Castaño Gonzalez **DOCUMENTO:** 17350928 **EDAD:** 73

DIRECCIÓN: Cll-10 # 8-56 B. Primavera **EPS:** capital salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	77		78		80	82		86		87		79		76		84		86		82		86			
SAT. OXIGENO	96		98		100	99		100		97		96		98		99		100		97		96			
TENSION ARTERIAL	140/87		142/78		138/72	132/76		130/82		137/84		135/86		131/88		130/78		132/77		128/84		135/86			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1122125723
R.G 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

42

1789

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Hector Manuel Velandia Perez **DOCUMENTO:** 3295957 **EDAD:** 78

DIRECCIÓN: Cr-7-#72-36. B. Las Ferias **EPS:** capital salud **RH:** O-

ENFERMEDADES: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MEDICAMENTOS: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	67		69		70		74		76		68		72		76		78		72		74				
SAT. OXIGENO	96		98		99		97		100		95		96		97		99		96		100				
TENSION ARTERIAL	140/82		142/86		138/80		130/78		132/76		130/82		132/78		145/88		142/86		143/79		139/80				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C. 1.122.725.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

43

1790

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Hector Quintero Tobares **DOCUMENTO:** 17355646 **EDAD:** 55

DIRECCIÓN: Cr.5 # 16-57 barrio once de Noviembre **EPS:** Capital Salud **RH:** o+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** Sindrome Down, Diabetes

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** Januvet, Semaglutida Rybelsus 3mg

MES: marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		96		95	95	94		96		95		93		94	96	96		94		94		94			
SAT. OXIGENO		93		93	95	93		93		96		95		93	93	94		93		95		93			
TENSION ARTERIAL		89/55		83/51	87/53	91/57		94/59		89/51		85/51		88/56	89/59	85/53		87/55		83/53		85/51			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx. Sindrome Down, Diabetes

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N°80-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

44

1791

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Hector Rivero. **DOCUMENTO:** 80270.186 **EDAD:** 62.

DIRECCIÓN: TZ J. C-10. B- pedro daza. **EPS:** Nueva EPS - SVS **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: X **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: X **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		77		77	77	74		81		73		78		83	77		79		77	81		78			
SAT. OXIGENO		99		98	99	99		98		98		99		97	99		98		98	99		97			
TENSION ARTERIAL		135/77		137/83	133/71	132/90		139/88		135/80		135/71		130/69	133/77		137/85		135/79	133/73		139/77			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

45

1792

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Heder Sarmiento DOCUMENTO: 3.071.991. EDAD: 78

DIRECCIÓN: Cll 1 #103 B. Caracaracanoa. EPS: Capital salud. RH: AB+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: Diabetes, HTA, Hipotiroidismo Sub.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: levotiroxina 50mg, Dapagliflozina 10mg, Metformina 1000mg, Acido Acetilsalicilico 100mg, omeprazol 20mg.

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	50		53		51		50		55	53		53		50	53		50		53	53		51			
SAT. OXIGENO	98		98		97		98		99	98		97		98	97		98		98	97		98			
TENSION ARTERIAL	140/73		135/70		130/68		133/71		130/70	144/79		140/71		137/69	137/67		137/71		139/75	135/73		140/73			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

46

1793

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Heralia Ortizmedina DOCUMENTO: 38.221.192. EDAD: 81

DIRECCIÓN: TZ 3 C 3 B/Pedro Daza EPS: Capital Salud RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: 2 CUÁLES: Artrosis degenerativa

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	75		73		77		75		71	75	75		77		77	73		75		77	71				
SAT. OXIGENO	99		98		99		98		99	95	99		98		99	98		95		98	99				
TENSION ARTERIAL	124/73		124/77		122/80		126/86		122/74	120/68	128/77		125/73		124/70	126/66		128/82		125/80	128/75				

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx Medico Artrosis degenerativa.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

47

1794

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Hilda María Leal Tabares **DOCUMENTO:** 21.199.344 **EDAD:** 78

DIRECCIÓN: Cr-5 # 16-57 B Once de Noviembre **EPS:** Nueva EPS **RH:** B+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** x **CUÁLES:** HTA - Diabetes, Taquicardia, Glaucoma crónico.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** x **CUÁLES:** Janumet, Amlodipino, Losartan, Metoprolol

MES: marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		75		77	75	73		75	73	75	77		77		77	73		75			76	75			
SAT. OXIGENO		97		99	97	96		98	98	97	97		96		98	98		97		96	97	97			
TENSION ARTERIAL		110/76		118/82	122/74	99/122		114/62	114/60	116/74	100/96		108/72		111/64	119/70		117/71		108/78	109/100	119/60			

OBSERVACIONES GENERALES:
Diagnostico medico Diabetes, HTA, Taquicardia, protesis en ojo derecho, Glaucoma crónico

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

48

1795

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Humberto Rey Vela **DOCUMENTO:** 17357167 **EDAD:** 64

DIRECCIÓN: Mz 5-CS-21-Barrio San Jorge **EPS:** Nueva EPS **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MEDICAMENTOS: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	70			72			74		79			78			76		77		73				79		
SAT. OXIGENO	100			96			98		96			99			97		98		99				96.		
TENSION ARTERIAL	133/92			136/87			138/88		139/90			137/94			135/91		134/89		140/90				142/88		

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 60-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

49

1796

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Isidro Barbosa Pardo DOCUMENTO: 5813342 EDAD: 86

DIRECCIÓN: C11-12#7-12 B Las Ferias EPS: Capital Salud RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		78		76		79		82		86		82		78		72		76		79		84			
SAT. OXIGENO		98		97		96		97		99		97		96		98		100		97		99			
TENSION ARTERIAL		132/84		128/78		120/76		125/79		131/82		132/73		135/76		140/77		141/79		143/80		135/76			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G. 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

50

1297

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Jamel Gomez **DOCUMENTO:** 17351118 **EDAD:** 86

DIRECCIÓN: cr-3 # 7-28 B. Fundadores **EPS:** capital salud **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	61		65		68		70		60		63		67		61	71		68		63		67			
SAT. OXIGENO	97		96		98		96		97		98		97		96	99		97		96		97			
TENSION ARTERIAL	111/65		100/66		101/70		101/72		99/82		100/80		102/74		101/78	109/76		115/77		111/78		100/82			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Zapata M.
C.C 1.122.125.723
R.G. SO-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1798

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Januario Trigos DOCUMENTO: 3281807 EDAD: 78

DIRECCIÓN: C11-13 # 3-32 B Libertador EPS: Capital Salud RH: A

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	82			78		68		72		76		82		84		72		70		76		78			
SAT. OXIGENO	99			97		96		98		99		96		96		99		98		100		99			
TENSION ARTERIAL	128/78			120/76		125/78		120/68		128/76		125/82		130/78		132/79		128/76		122/84		125/76			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

52

1799

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Javier Ramirez Barreto **DOCUMENTO:** 17351957 **EDAD:** 70

DIRECCIÓN: Cr 5 # 16-74 B. Camoa. **EPS:** Capital Salud **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	74			78	86	76		78		77		82		84		76		72		74		82.			
SAT. OXIGENO	96			97	96	98		99		96		100		98		99		97		100		98			
TENSION ARTERIAL	106/58			130/79	132/78	130/76		135/78		130/82		132/84		131/78		128/76		125/82		132/78		130/84			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

53

1800

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Jesus Antonio Perea Gos. DOCUMENTO: 3.280.112 EDAD: 84

DIRECCIÓN: Cll 2 # 5A. B. canoa EPS: Capital Salud. RH: A+
SAS

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: x CUÁLES: HTA.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: x CUÁLES: Losartan.

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	69		67		69		67		69	66		69		65	67	67		65		67		67				
SAT. OXIGENO	99		99		97		99		97	99		98		99	98	99		98		99		99				
TENSION ARTERIAL	132/70		135/73		130/68		133/71		127/68	132/71		135/73		132/69	139/75	132/71		137/79		129/73		132/66				

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

54

1801

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Jesus Antonio Rodriguez **DOCUMENTO:** 93177103 **EDAD:** 72

DIRECCIÓN: Cll-10 # 7-68 B. Primavera **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MEDICAMENTOS: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	81		80		79		82		84			83			78		76		86			82			
SAT. OXIGENO	99		97		98		99		93			97			99		96		98			97			
TENSION ARTERIAL	150/96		148/93		149/92		145/97		142/96			147/95			140/90		146/93		145/92			148/96			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

55

1802

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Jorge Alberto prado DOCUMENTO: 10.127.724 EDAD: 65

DIRECCIÓN: cra 5 #18-45 B. once Norte EPS: capital salud RH: O+.
SS.

ENFERMEDADES: NO: ___ SI: 2 CUÁLES: Diabetes

MEDICAMENTOS: NO: ___ SI: 2 CUÁLES: Jaunes.

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		68		70	68		68		66	69		66		68	68		70		66	68		68			
SAT. OXIGENO		96		98	97		96		98	96		97		96	98		96		98	96		96			
TENSION ARTERIAL		148/86		140/80	149/88		151/83		147/80	150/76		153/84		155/82	156/84		153/76		149/79	151/82		155/88			

OBSERVACIONES GENERALES:
DX reducir ct de cadera, Diabetes

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 Vicio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1803

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Jorge Antonio Hoyos DOCUMENTO: 16.683.188 EDAD: 64.

DIRECCIÓN: Cra 5 #7-49 B. Fundadores EPS: capital salud RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ___ SI: X CUÁLES: Dx. Discapacidad Visual. Sub

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ___ CUÁLES: ___

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		73		77	77		73		76	73		77		73	77		73		77	77		77	73		
SAT. OXIGENO		99		98	99		99		98	96		99		98	99		98		99	99		99	99		
TENSION ARTERIAL		110/81		118/88	112/78		108/80		114/90	108/80		114/78		120/82	108/83		110/82		116/80	108/81		110/80		108/80	

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico Discapacidad total visual.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-Vicio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

57

1804

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Jorge Eliecer Itozman A DOCUMENTO: 2-00015822 EDAD: 57

DIRECCIÓN: C11- 19 # 5-57 B. once de Noviembre EPS: Capital Salud RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo. AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	82		84		80		82		86		78		84		79		82		86		78				
SAT. OXIGENO	98		97		99		96		97		99		100		98		99		100		97				
TENSION ARTERIAL	140/84		138/80		135/78		130/86		138/88		142/82		141/86		135/84		140/79		137/86		144/88				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

58

1805

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Jose Antonio Andrade **DOCUMENTO:** 3281004 **EDAD:** 83

DIRECCIÓN: Cll- 17 # 11-08 B. Villa Luz **EPS:** capital salud **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MEDICAMENTOS: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	64		70				68		67			72			73		76		68			74.			
SAT. OXIGENO	100		99				97		98			96			95		98		97			99.			
TENSION ARTERIAL	119/46		124/95				120/47		123/48			124/49			118/50		121/45		123/49			123/48			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C. 1.122.125.723
R.G. 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1806

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Jose Custodio Morales Rodrigu DOCUMENTO: 484057 EDAD: 94

DIRECCIÓN: Cr-4 #7-50 B. Fundadores EPS: capital Salud RH: B+

ENFERMEDADES: NO:____ SI:____ CUÁLES:

MEDICAMENTOS: NO:____ SI:____ CUÁLES:

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	68		72		74		70		78		82		84		80		78		76		79				
SAT. OXIGENO	98		96		97		99		96		98		99		97		99		97		100				
TENSION ARTERIAL	130/78		135/76		132/74		136/82		132/74		132/78		128/76		122/82		125/78		124/76		128/84				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1809

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Jose Domingo Chito Lozano **DOCUMENTO:** 1.120504401 **EDAD:** 85

DIRECCIÓN: C11-23 # 4-02 B. once de Noviembre **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	82		68		72			76		78	80		82		85		73		70		75				
SAT. OXIGENO	98		97		99			96		99	98		100		96		97		98		97				
TENSION ARTERIAL	102/79		118/72		120/70			121/73		122/71	123/74		120/70		124/72		121/73		123/74		118/76				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1808

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Julio Enrique Miranda **DOCUMENTO:** 2398820 **EDAD:** 83

DIRECCIÓN: C11-10#7-54 B. Primavera **EPS:** Capital Salud **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		70		68		73		69		74		67		75		73		68		74		75			
SAT. OXIGENO		96		97		99		98		96		97		99		96		99		100		97			
TENSION ARTERIAL		138/88		120/70		136/86		134/84		139/89		137/87		122/72		135/85		123/73		126/76		131/81			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C. 1.122.125.723
R.C. 509-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1809

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Lida Gonalez DOCUMENTO: 40.420.834 EDAD: 59.

DIRECCIÓN: 72 4 C-17 B. pedro Daza EPS: Famisanar RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ___ SI: 2 CUÁLES: Esquizofrenia, Bipolar, contri.

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ___ CUÁLES: ___

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	78		68		71		74		78	75	77		79		78		75		81	77		78			
SAT. OXIGENO	96		99		97		97		97	99	97		98		97		97		99	98		97			
TENSION ARTERIAL	110/70		103/58		115/71		108/68		111/71	118/65	110/69		103/74		109/79		117/64		100/75	110/79		107/77			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico Esquizofrenia, Bipolar.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1810

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Luis Armando prieto Garzon DOCUMENTO: 17.312.342 EDAD: 69.

DIRECCIÓN: cll 23 #4-07 B. once Noviembre EPS: Nueva eps -sub. RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: X SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: ____

MES: marzo AÑO: 2026.

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	95		91.		91.		84		84	88	84		88		82	88		88		96		100			
SAT. OXIGENO	97		97		96.		99.		98.	96	97		96.		97	96		97		97		96			
TENSION ARTERIAL	136/92		130/86		134/80		138/97		130/76.	136/80	132/82		136/90		130/80	138/94		132/79.		138/92		138/97			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/clo
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1811

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Luis Eudoro pineda DOCUMENTO: 473.945 EDAD: 83

DIRECCIÓN: Cara 58. B. Mejor vivir. Manzana EPS: Capital Salud RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HTA, Diabetes.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: Losartan, Janumet.

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		75		79	75	79		77		77		80		82	80		77		80	75		80			
SAT. OXIGENO		97		98	97	99		98		97		99		98	98		94		99	98		98			
TENSION ARTERIAL		128/66		133/76	130/71	139/88		135/80		130/75		133/78		132/90	130/84		135/80		133/77	131/72		136/90			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico = Amputacion de pie. Derecho, HTA, Diabetes

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

65

1812

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Luis Francisco Rey Castro DOCUMENTO: 3.281.176 EDAD: 81

DIRECCIÓN: Cra 7 # 2-63 B. Canoa EPS: Capital Salud S.S. RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	71		69		69		67		70	67		67		66	69	67		66		66		67			
SAT. OXIGENO	97		98		97		96		98	98		97		97	98	96		97		98		96			
TENSION ARTERIAL	145/73		140/70		142/79		150/87		154/89	146/83		139/70		143/77	152/79	150/83		155/91		146/85		154/94			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Luis Francisco Varela Reyes **DOCUMENTO:** 3207524 **EDAD:** 72

DIRECCIÓN: Mz B Cs B. Paraiso **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** HTA

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** Enalapril.

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	78		77		77		74		69	69	69		69		75		77		75	77		77			
SAT. OXIGENO	100		97		98		99		99	97	98		99		97		97		96	97		96			
TENSION ARTERIAL	130/79		116/78		119/86		121/60		122/70	126/77	122/72		120/80		118/67		122/80		120/75	122/79		122/75			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico HTA.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1814

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Luis Gonzalo Muñoz **DOCUMENTO:** 3282 200 **EDAD:** 78

DIRECCIÓN: Cr - 6 # 3-12 B. Camoa **EPS:** Capital Salud **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		76		78		68		70		74		75		76		82		83		80		87			
SAT. OXIGENO		98		100		97		95		98		96		98		99		100		96		99			
TENSION ARTERIAL		122/70		124/72		128/71		130/74		132/75		133/72		135/76		138/74		122/70		128/78		130/82			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1815

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Luz Fany Guevara Novoa **DOCUMENTO:** 52.092.006 **EDAD:** 60

DIRECCIÓN: C11-17 #4-50 B. once de Noviembre **EPS:** Capital Salud **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		82		78		76		80		84		72		76		82		84		80		86			
SAT. OXIGENO		97		96		98		96		99		97		96		98		97		96		99			
TENSION ARTERIAL		100/78		112/80		101/76		100/74		115/82		100/78		111/76		101/82		100/80		102/78		115/82			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

69

1816

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Luz Maring Jaime Rodriguez **DOCUMENTO:** 21207532 **EDAD:** 67

DIRECCIÓN: M26 CS-66 B. Villa del Pilar. **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	73		76.		78		72		74		76		78		80		78		76			82			
SAT. OXIGENO	96		97		96		97		96		95		98		100		96		98			99			
TENSION ARTERIAL	100/68		110/64		100/70		101/78		104/72		100/82		110/84		100/80		105/74		107/76			101/82			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G. 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

70

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Luz Marina Martinez DOCUMENTO: 20931437 EDAD: 65

DIRECCIÓN: MZ D CS 24 - B. Urbanización ciudadela EPS: Capital Salud RH: O+

ENFERMEDADES: NO:____ SI:____ CUÁLES:____

MEDICAMENTOS: NO:____ SI:____ CUÁLES:____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		68		72		74		72		76		78		74		82		80		86		78			
SAT. OXIGENO		99		98		96		100		97		99		96		100		98		97		100			
TENSION ARTERIAL		157/98		153/97		170/104		149/90		140/88		150/92		160/78		148/84		147/86		152/84		150/94			

OBSERVACIONES GENERALES:
El dia 12 de Marzo se hace acompañamiento al adulto Mayor quien presento aumento de tencion arterial. se Procedio a trasladarlo de Manera segura al hospital.

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1818

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Luz Mila Cruz Ladino **DOCUMENTO:** 21199350 **EDAD:** 77

DIRECCIÓN: M29 CS-10 B Algarrobo **EPS:** Capital Salud **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** 2 **CUÁLES:** HTA

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** 2 **CUÁLES:** Losartan, Hidroclorotiazida.

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	73		82		69		68		74	72	79		73		70	73		70		74		79			
SAT. OXIGENO	97		99		99		99		96	97	99		97		99	98		98		96		99			
TENSION ARTERIAL	126/58		132/90		135/71		139/88		127/95	124/82	133/82		126/58		124/72	130/75		131/72		127/71		130/71			

OBSERVACIONES GENERALES:

Dr medico HTA.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. Nº 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

Luzmila Cruz

FIRMA BENEFICIARIO

72

1819

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Marcelia Mendoza Tafur **DOCUMENTO:** 27207939 **EDAD:** 65

DIRECCIÓN: Cr-5 # 18-34 B. once de Noviembre **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** x **CUÁLES:** Artritis Reumatoidea, Artrosis degenerativa, osteoporosis

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	68		70		74		82		78		84		86		78		64		74		84				
SAT. OXIGENO	98		97		96		99		100		97		96		99		98		97		96				
TENSION ARTERIAL	110/70		100/72		102/82		115/74		100/78		105/82		108/76		111/78		110/82		105/80		107/79				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
CC 1122125723
REGISTRO
AUX. ENFERMERIA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

73

1820

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Marco Fidel Camargo **DOCUMENTO:** 17.351.767 **EDAD:** 76

DIRECCIÓN: C11-13 # 3-33 B. Libertador. **EPS:** capital salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: ____ **AÑO:** ____

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	75			70			78		76				77		80		72		74				73		
SAT. OXIGENO	98			97			96		95				97		98		97		95				98		
TENSION ARTERIAL	140/93			123/84			128/74		132/78				130/70		128/78		135/82		142/86				140/84		

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

74

1821

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Margarita Siena **DOCUMENTO:** 21.211.988. **EDAD:** 90

DIRECCIÓN: Mz 10 c-16 B. Alhanoba **EPS:** capital salud. **RH:** O+.
S/S.

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** x **CUÁLES:** Ulceras Varicosas.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		84		82	84	85		83		84		82		84	83	83		84		81	84				
SAT. OXIGENO		97		97	97	98		97		97		96		99	97	97		98		97	97				
TENSION ARTERIAL		118/76		114/70	110/70	118/72		120/78		122/80		118/78		116/69	110/72	114/68		118/72		120/74	120/76				

OBSERVACIONES GENERALES:
presente Ulceras Varicosas causada por Arteriosclerosis.
(por mala circulacion).

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N°50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

75

1822

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Maria Argenis Saray Moreno **DOCUMENTO:** 21.200.936. **EDAD:** 72.

DIRECCIÓN: Cll 16 #13-32 B. Villalia **EPS:** Capital Salud SUB **RH:** O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** + **CUÁLES:** Discapacidad de movilidad x Artrosis, Diabetes HTA.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** x **CUÁLES:** Rosuvastatina, losartan, metformina.

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		83		85	80	73		77		82	85		87		85	85		79		77		84			
SAT. OXIGENO		97		99	97	98		98		99	99		99		98	99		98		98		96			
TENSION ARTERIAL		130/67		132/90	135/87	131/72		135/74		132/90	136/98		139/95		135/77	132/88		130/76		135/80		132/71			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico Diabetes, HTA, Osteoporosis, Reumatoidea

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

76

1823

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: María Candelaria Rodriguez DOCUMENTO: 28518647 EDAD: 87

DIRECCIÓN: Cr 5 # 15-60 B once de Noviembre EPS: capital salud RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HTA. - Hipotiroidismo

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: Losartan, Levotiroxina

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	76		70		72		78		76		82		84		80		76		74		76				
SAT. OXIGENO	97		96		98		100		99		97		96		98		97		99		98				
TENSION ARTERIAL	128/78		122/76		120/70		125/79		128/72		130/82		135/86		127/80		122/78		128/76		132/84				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1122.125.723
R.G 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

22

1824

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: María del Carmen Vargas Buitrago **DOCUMENTO:** 21 200 862 **EDAD:** 78

DIRECCIÓN: cr-4 # 10-67 - B. Libertador **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026.

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	82		78		75		82		85		73		76		83		74		81		79				
SAT. OXIGENO	99		96		98		97		95		97		98		100		99		96		97				
TENSION ARTERIAL	140/85		142/85		148/88		135/80		145/86		136/79		141/84		137/81		143/87		136/79		140/84				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1825

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: María Dolores Ramos **DOCUMENTO:** 23807646 **EDAD:** 71

DIRECCIÓN: Cll -12 #4-66. B. Libertador **EPS:** Capital Salud **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** x **CUÁLES:** Diabetes, HTA

MEDICAMENTOS: NO: x **SI:** ____ **CUÁLES:** No toma medicamentos.

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	73		77		65		68		68	77	65		72		82	80		77		81		79			
SAT. OXIGENO	96		96		98		97		96	99	98		99		99	98		99		99		96			
TENSION ARTERIAL	146/110		140/95		137/79		139/88		142/86	139/85	135/69		137/76		144/88	148/94		155/96		159/98		162/101			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1826

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: María Reinalda Gil Guerrero **DOCUMENTO:** 21.172 871 **EDAD:** 74

DIRECCIÓN: Cr-6 # 21-34 - B. Once de Noviembre **EPS:** Salud Total **RH:** B+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** H.T.A

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** Valsartan.

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	58		57		61		64		66		70		72		74	80		76		78		82				
SAT. OXIGENO	97		98		96		97		96		98		96		97	96		98		100		99				
TENSION ARTERIAL	132/66		140/79		135/78		130/76		133/78		130/79		132/82		130/80	135/78		128/80		125/84		132/76				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C. 1122127223
REG. SO-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

María Reinalda G.

FIRMA BENEFICIARIO

80

1827

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: María Rosalba González García DOCUMENTO: 27200552 EDAD: 74

DIRECCIÓN: Cll-23A # 5-70 B. once de Noviembre EPS: capital Salud RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		84		78		80		84		78		68		74		72			82		74				
SAT. OXIGENO		98		96		97		99		95		97		98		96			99		98				
TENSION ARTERIAL		132/78		125/70		120/76		135/82		130/84		128/78		130/82		128/78			132/76		129/82				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

81

1828

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Maria Rubiela Rodriguez DOCUMENTO: 28545883 EDAD: 78

DIRECCIÓN: Cr-6 # 7E-68 B Camoa EPS: Capital Salud RH: A+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: 2 CUÁLES: HTA, Hipotiroidismo

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: 2 CUÁLES: Enalapril, Levotiroxina

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	66		71		77	82		73		77	69		78		75	80		80		77		64			
SAT. OXIGENO	97		98		98	97		97		97	97		96		97	97		98		98		98			
TENSION ARTERIAL	108/68		119/89		116/77	103/74		117/64		110/60	103/58		110/70		118/65	111/71		103/74		119/89		114/90			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-117136 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

82

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: María Teresa Díaz Muñoz DOCUMENTO: 51599518 EDAD: 70

DIRECCIÓN: Cll-22 # 4-43 B. Once de Noviembr EPS: Capital Salud RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HTA.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: Enalapril.

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		70		73		74		69		71			68		74	67		66		77		68			
SAT. OXIGENO		97		96		99		97		98			99		96	96		98		99		97			
TENSION ARTERIAL		125/78		128/86		122/77		131/83		132/84			120/73		121/74	132/84		133/85		124/75		127/80			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1830

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: María Teresa Stella de Silva DOCUMENTO: 21.199.259. EDAD: 82.

DIRECCIÓN: Cra 5 #14-71 B. Oreé Nuevo EPS: Capital Salud S.S. RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HTA - Diabetes, Neumonía.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		82		79	80		77		75	75		77		79	82		77		77	77		79			
SAT. OXIGENO		97		96	97		96		96	97		96		98	97		98		96	97		96			
TENSION ARTERIAL		145/80		140/77	144/79		142/81		145/79	149/82		142/77		145/71	146/76		142/78		145/73	144/75		142/82			

OBSERVACIONES GENERALES:
D+ medico HTA, Diabetes, Neumonía.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

84

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Manuela Clavijo Florez **DOCUMENTO:** 21.173.288 **EDAD:** 75

DIRECCIÓN: casa 2. B. mejor vivir. **EPS:** capital salud **RH:** O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** Diabetes, HTA, Insuficiencia cardiaca, Artrosis Degenerativa

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** omeprazol, tramet, salbutenol, epoc, retinopatia Betametasona, Valsartan, Rosuvastatina, diabetes.

MES: marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	80		77		79		84		79	81	77		75		80	84		82		84		88			
SAT. OXIGENO	99		98		99		96		98	96	98		97		98	98		97		97		96			
TENSION ARTERIAL	139/85		144/89		140/81		146/78		139/83	135/72	140/80		136/78		136/90	142/84		148/84		144/77		148/80			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx pedro = HTA, Diabetes, Insuficiencia venera periferica, Osteoartrosis, cardiopatia, Retinopatia diabetica

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1832

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Martin Ramos. **DOCUMENTO:** 3.280.117. **EDAD:** 86

DIRECCIÓN: casa 47 B. Mejor vivir. **EPS:** Capital Salud **RH:** O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** x **CUÁLES:** HTA, Diabeter, Glaucoma. SVS

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** x **CUÁLES:** Amlodipino, Valsartan, Dapaten.

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	88		80		78		75		75	77		75		78	78	77		77		75		78				
SAT. OXIGENO	96		98		96		98		97	99		99		98	99	98		98		99		97				
TENSION ARTERIAL	158/80		132/91		164/88		155/79		161/83	165/86		159/79		161/83	166/85	169/87		163/79		166/91		168/78				

OBSERVACIONES GENERALES:
Dt medico, Glaucoma, HTA, Diabeter.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

86

1833

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Martha Cecilia prada Barrera **DOCUMENTO:** 40.420.833 **EDAD:** 59

DIRECCIÓN: calle 4 #3-702 B. Fundadores **EPS:** capital Salud-Sub. **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** x **CUÁLES:** Discapacidad Intelectual, Disc. Multiple.

MEDICAMENTOS: NO: x **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA											80		77		80	83		80		83		85			
SAT. OXIGENO											99		99		98	98		99		98		99			
TENSION ARTERIAL											113/90		115/93		118/79	115/80		119/91		116/87		110/72			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico Discapacidad Intelectual, Discapacidad multiple.

Andrea M. Barrera
C.C. 1.121.218.172 Acacio
T.P. 1.1.36 Meta
ENFERMERA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

87

1834

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Miguel Antonio Rodriguez C **DOCUMENTO:** 3288587 **EDAD:** 83

DIRECCIÓN: M2 0 Cs 22 B. Pedro Daza. **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** Vertigo, HTA

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** x **CUÁLES:** Losartan.

MES: Marzo **AÑO:** 2026.

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	76			78		82		84		76		74		76		78		80		82		76			
SAT. OXIGENO	96			99		97		96		97		98		99		96		99		100		97			
TENSION ARTERIAL	140/72			147/70		142/72		140/70		142/74		141/72		140/78		138/78		135/82		140/84		142/86			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G. 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

88

1835

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Nancy Rodriguez Morales DOCUMENTO: 21202657 EDAD: 67

DIRECCIÓN: Call 4 # 1-68 B. Los Andes EPS: Capital Salud RH: A+

ENFERMEDADES: NO:____ SI:____ CUÁLES:____

MEDICAMENTOS: NO:____ SI:____ CUÁLES:____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	71		74		76		82		80		78		76		79		84		82		78				
SAT. OXIGENO	99		96		97		96		98		97		99		100		98		96		98				
TENSION ARTERIAL	100/74		102/76		100/82		111/78		120/70		122/74		125/70		100/74		103/79		99/82		110/78				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C. 1122125723
R.C. 50-12119
AUX. DE ENFERMERIA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

89

1836

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Nicomedes Calderon **DOCUMENTO:** 7489722 **EDAD:** 74

DIRECCIÓN: Cr 7 # 20-08 B. once de Noviembre **EPS:** Capital Salud **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MEDICAMENTOS: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MES:____ **AÑO:**____

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	82		71		70		74		78		72		78		76		70		74		79				
SAT. OXIGENO	96		98		96		97		99		98		96		97		99		100		98				
TENSION ARTERIAL	130/82		126/78		129/80		131/82		121/71		127/79		124/77		120/73		132/83		119/72		130/79				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1837

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Ofelia Hernandez Rico DOCUMENTO: 24709075 EDAD: 70

DIRECCIÓN: C11 - 10 #17-68 B. Primavera EPS: Nueva EPS RH: B+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	80		82		86		78		76		78		80		82		79		76		82				
SAT. OXIGENO	97		96		98		97		96		99		98		100		96		97		100				
TENSION ARTERIAL	120/78		125/73		130/79		132/78		132/76		128/82		125/72		124/84		128/72		122/82		135/84				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

Ofelia Hernandez
FIRMA BENEFICIARIO

1838

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Orlando Torres Moreno **DOCUMENTO:** 17.146.337 **EDAD:** 80

DIRECCIÓN: Bajo Camoa **EPS:** Capital salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	73		64		71		72		68		70		67		69		68		72		74				
SAT. OXIGENO	98		97		96		98		95		98		96		98		97		96		97				
TENSION ARTERIAL	121/76		125/78		118/74		116/72		120/75		119/73		127/81		117/71		121/74		122/77		115/70				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

92

1839

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: pedro pablo Reg castro DOCUMENTO: 481.312. EDAD: 97.

DIRECCIÓN: cra 7 # 8-74. B. canoa EPS: capital salud. RH: O-

ENFERMEDADES: NO:____ SI:____ CUÁLES: marzo-20-2026. H= 6+20 am. SUB.

MEDICAMENTOS: NO:____ SI:____ CUÁLES:____

MES: marzo AÑO: 2026.

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	93.		91		93	91.		93.		95	90		93.												
SAT. OXIGENO	97		97		96	98		99		97	97		97												
TENSION ARTERIAL	143/91		145/93		140/75	143/87		145/90		137/72	140/78		143/89.												

OBSERVACIONES GENERALES:
Adulto mayor Falleció el dia 20 de marzo-2026 H = 6+20 am

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1840

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Pedro Roberto Pirabán **DOCUMENTO:** 480 157 **EDAD:** 102

DIRECCIÓN: Cr-7 #8-74 B Fundadores **EPS:** Nueva EPS **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	68		65		63		67		70			78			69		68			66			72		
SAT. OXIGENO	98		95		97		96		98			99			96		95			99			98		
TENSION ARTERIAL	130/76	1	135/78		136/77		138/76		139/80			140/70			130/79		137/76			140/70			139/73		

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

184

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Rafael Antonio Lopez DOCUMENTO: 5.909.708. EDAD: 83

DIRECCIÓN: Cll 20 # 4-35 B. ore de Mayba EPS: Nueva Eps - SLS. RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	82		74		71		66		74	79	71		80		83	71		78		83		79			
SAT. OXIGENO	99		99		98		99		97	98	99		99		97	98		99		99		97			
TENSION ARTERIAL	132/90		137/86		135/80		137/71		136/88	135/99	124/70		139/85		124/60	114/88		130/79		135/67		137/81			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N°50-117.36 Meta
AR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

95

1842

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Rafael Augusto Arenas Nañez DOCUMENTO: 7416772 EDAD: 82

DIRECCIÓN: Cll-14A # 9-02 B. Maipore EPS: Nueva EPS RH: O+

ENFERMEDADES: NO:____ SI:____ CUÁLES: _____

MEDICAMENTOS: NO:____ SI:____ CUÁLES: _____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		72		70		75		72		76		74		68		77		71		75		79			
SAT. OXIGENO		96		98		96		98		97		98		100		99		96		97		98			
TENSION ARTERIAL		132/82		135/85		130/80		137/87		133/83		136/86		129/79		128/78		130/82		135/85		127/77			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

TG

1843

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Ricardo Contora **DOCUMENTO:** 19.224.846 **EDAD:** 69.

DIRECCIÓN: M2 4 C-17 B. pedro Daza villamil. **EPS:** Famisanar. **RH:** B+.

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** Diabetes, Discapacidad motora, Insuficiencia cardiaca.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** losartan, diosmina, pregabalina

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	71		74		70		75		77	75		75		77	73		75	77		77		75			
SAT. OXIGENO	98		97		95		93		95	97		93		95	95		95	93		95		93			
TENSION ARTERIAL	115/71		108/69		96/71		100/68		110/60	110/71		110/66		115/71	110/70		118/73	116/77		110/70		117/72			

OBSERVACIONES GENERALES:
DT medico Discapacidad motora, Diabetes, Insuficiencia cardiaca.

Andrea M. Barrera
C.C. 40218172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

97

1844

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Ricardo Hernandez DOCUMENTO: 19.138.944. EDAD: 74.

DIRECCIÓN: Cll 15 #6-39. B. Once Rojos Naybe. EPS: Nueva EPS-Sub. RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: x CUÁLES: TBC, HTA, angioplastia Revascularización Miocardia.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: x CUÁLES: Valsartan, Acetil Salicilico, Rosuvastatina, Empagliflozina, Bisoprolol, clopidrotel, onepracol.

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		68		64	57	62		60		57	55		57		55	54		57		54	54				
SAT. OXIGENO		99		96	98	97		97		99	98		99		98	98		99		98	97				
TENSION ARTERIAL		108/69		110/74	105/61	103/57		100/68		105/62	110/66		104/62		100/60	97/59		105/63		102/60	108/54				

OBSERVACIONES GENERALES:
Dr medico Barrera TBC tratada desde hace 8 años, HTA

Andrea M. Barrera
C.C. 40 218 172 V/cio
Reg. Nº 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1845

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Ricardo Hernandez Senado DOCUMENTO: 1.176.475. EDAD: 83.

DIRECCIÓN: TV 7C-14 B. P. Daza EPS: Capital Salud SAS. RH: A+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: 2 CUÁLES: Deterioro Cognitivo.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	73		78		83		80		77	75	81		79		83		74		73	75		74			
SAT. OXIGENO	97		97		99		98		99	98	97		98		98		97		96	99		98			
TENSION ARTERIAL	145/90		149/95		150/99		144/79		140/83	148/90	143/79		155/88		143/82		147/87		134/92	139/96		140/90			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico microftalmia. unilateral

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1846

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Rodrigo Alberto Peña Ariza DOCUMENTO: 19.271.042. EDAD: 69.

DIRECCIÓN: Cll 15 # 6-67. B/arce nombre EPS: capital salud. RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: + CUÁLES: Discapacidad de lenguaje S.S.

MEDICAMENTOS: NO: ✓ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		65		69	63		69		70	75	72		66		68		65		63	65		60			
SAT. OXIGENO		98		98	97		99		98	99	97		99		99		97		98	97		97			
TENSION ARTERIAL		128/82		133/88	130/92		127/69		130/76	127/89	124/82		125/85		130/79		124/70		120/66	127/66		130/95			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medico Discapacidad.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. Nº 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

100

1847

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Rosa Angelina Verbel de Arola DOCUMENTO: 23.805.219 EDAD: 87.

DIRECCIÓN: M7 J C-2. B. pareiro. EPS: Capital Salud RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: x CUÁLES: Discapacidad Visual, perdida total 55 del ojo derecho

MEDICAMENTOS: NO: x SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	72		80		74	66		71		74	71		74		66	69		72		74		74			
SAT. OXIGENO	97		99		98	98		98		97	96		98		99	99		98		96		97			
TENSION ARTERIAL	124/82		125/85		119/89	119/81		118/81		120/72	122/76		121/60		124/70	124/73		122/70		120/68		124/81			

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx. Medico Discapacidad Visual.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

707

1848

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Rosa Irene Rodriguez DOCUMENTO: 21.199.826. EDAD: 75.

DIRECCIÓN: Cll 17 # 4-52. B. Orce Nov/be EPS: Capital Salud-Sub. RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: x SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: x SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Marzo AÑO: 2026.

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	74		72		77	79		83		85	87		81		79	83		81		88		94			
SAT. OXIGENO	97		99		97	98		99		99	98		99		98	99		99		98		98			
TENSION ARTERIAL	124/81		121/81		125/73	123/77		127/81		129/83	125/77		127/80		125/77	129/85		122/78		127/83		125/66			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

702

1849

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Rosa maria Herrera DOCUMENTO: 20.243.174. EDAD: 86

DIRECCIÓN: Calle 1B. Bajo Conoa EPS: Capital Salud SAS. RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: x CUÁLES: HTA.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: x CUÁLES: Amlodipino 5mg, losartan.

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	83		84		81		84		83	83		81	83		83	81		84		83	80	84			
SAT. OXIGENO	98		98		99		98		99	98		98	97		98	99		98		99	97	97			
TENSION ARTERIAL	184/107		178/99		180/103		184/100		176/97	158/95		183/103	170/92		164/86	155/81		160/82		174/88	158/94	164/82			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1850

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Rosalbina Cardona Alcalde **DOCUMENTO:** 1121975195 **EDAD:** 82

DIRECCIÓN: C11-14A#9-02 B. Mariposes **EPS:** Nueva EPS **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	71		74		69		72		75		77		70		78		75		78		72				
SAT. OXIGENO	98		96		99		97		100		99		97		96		98		99		96				
TENSION ARTERIAL	134/84		128/79		137/87		129/80		131/82		127/77		133/83		128/78		132/82		136/86		129/79				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

104

1851

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Tiberio Acero **DOCUMENTO:** 3281866 **EDAD:** 77

DIRECCIÓN: Cr-6 # 74-10 B. Libertador. **EPS:** Capital Salud **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MEDICAMENTOS: NO:____ **SI:**____ **CUÁLES:**____

MES: Mayo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	72		71		69		78		77				74		73		76		80			79.			
SAT. OXIGENO	98		96		95		97		94				98		95		97		98			96			
TENSION ARTERIAL	140/92		143/90		147/93		150/97		145/90				142/92		148/93		147/97		140/96			148/90.			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sarmiento M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

705

1852

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Susana Beltran de Baquero DOCUMENTO: 20.556.383. EDAD: 95

DIRECCIÓN: cra 4 #4-62. B/ Fundadores EPS: capital salud sub. RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: x CUÁLES: Epoc, HTA, Insuficiencia Renal cronica, Gastritis

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: x CUÁLES: Amlodipino, Salbutamol, Bromuro, Furosemida

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	77		79		68	73		75		77															
SAT. OXIGENO	96		96		97	95		97		97															
TENSION ARTERIAL	157/88		150/92		145/81	140/77		142/85		150/88															

OBSERVACIONES GENERALES:
Dt medico Otorno Dependiente, HTA, Gastritis, Insuficiencia Renal. Arritmia cardiaca

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

706

1853

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Victor Julio Bautista Martín. DOCUMENTO: 344.530 EDAD: 92.

DIRECCIÓN: Cra 4 # 4-62. EPS: Capital Salud. RH: A+.

ENFERMEDADES: NO: ___ SI: x CUÁLES: EPOC, HTA, trastorno de la Retina.

MEDICAMENTOS: NO: ___ SI: x CUÁLES: Oxigeno dependiente, Salbutamol aerosol, Hidroclorotiazida, Rosuvastatina, Losartan

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		79		75	77	69		75		77															
SAT. OXIGENO		97		97	96	95		96		96															
TENSION ARTERIAL		138/77		129/81	146/94	142/79		140/86		144/88															

OBSERVACIONES GENERALES:
Paciente con HTA, EPOC, trastorno de la retina, oxigeno dependiente.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11738 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Vitelio Pizza DOCUMENTO: 17352723 EDAD: 67

DIRECCIÓN: Cr-5 #19-70 B. Once de Noviembre EPS: Capital Salud RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Mar20 AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	78		80		76		82	74		84	76		78		82		78		86			84			
SAT. OXIGENO	97		99		98		96	99		98	96		98		97		98		99			100			
TENSION ARTERIAL	130/79		134/76		138/82		128/84	132/78		135/76	130/80		138/84		132/78		132/82		134/86			131/78			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1855

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Victor Manuel Nortero **DOCUMENTO:** 17.351.326 **EDAD:** 73.

DIRECCIÓN: calle 3 # 2-21 B. Andes. **EPS:** Nueva Eps-S-S **RH:** O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** x **CUÁLES:** HTA.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** x **CUÁLES:** Losartan, Hidroclorotazida, Amlodipino

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA											84		79		74		70		78	75		74			
SAT. OXIGENO											98		98		97		97		96	98		98			
TENSION ARTERIAL											99/57		101/76		108/68		96/71		101/70	99/61		108/63			

OBSERVACIONES GENERALES:

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1856

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: yesid Jose Gutierrez Carvajal **DOCUMENTO:** 3280759 **EDAD:** 83

DIRECCIÓN: C11-3 # 5-08 B. Camoa **EPS:** Nueva EPS **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** ____ **CUÁLES:** ____

MES: Marzo **AÑO:** 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	76		79		74		82		86		72		74		78		82		84		86				
SAT. OXIGENO	96		97		98		99		97		96		98		99		100		97		96				
TENSION ARTERIAL	135/70		130/74		132/78		128/82		132/84		130/76		138/78		130/72		135/82		138/84		128/78				

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia [illegible] M.
C.C [illegible]
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

1859

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Yolanda Anaya DOCUMENTO: 40421.213. EDAD: 78.

DIRECCIÓN: Tz 17 C-23 B. Pedro Daza EPS: Capital Salud RH: O+.

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: x CUÁLES: Triglicerdos, colesterol alto. SB

MEDICAMENTOS: NO: x SI: ____ CUÁLES: ____

MES: Enero AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA	75		79		68	77		81		75	72		77		75		82		79	75	75				
SAT. OXIGENO	98		98		98	99		97		98	99		98		99		99		98	99	95				
TENSION ARTERIAL	135/77		137/73		133/76	131/83		134/76		132/74	137/81		133/76		135/73		132/90		130/86	135/82	132/80				

OBSERVACIONES GENERALES:
Dx medicos: Triglicerdos y colesterol alto.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

111

1858

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: Zoila Rosa Chavarro Delgado DOCUMENTO: 41518514 EDAD: 75

DIRECCIÓN: C11-4 #6-43 B. Fundadores EPS: Capital Salud RH: A+

ENFERMEDADES: NO:____ SI:____ CUÁLES: _____

MEDICAMENTOS: NO:____ SI:____ CUÁLES: _____

MES: Marzo AÑO: 2026

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
FRECUENCIA CARDIACA		78		76		82		84		86		72		78		82		84		86		78			
SAT. OXIGENO		97		96		98		100		99		100		97		96		98		99		97			
TENSION ARTERIAL		120/78		122/79		118/76		100/74		120/82		125/84		120/78		112/76		114/82		118/78		120/76			

OBSERVACIONES GENERALES:

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

Zoila Rosa Chavarro D.
FIRMA BENEFICIARIO

112

FUNDACIÓN ESPERANZA

NIT: 900.414.673-9

Para la Vida, la Paz y el Amor

1659

PLANILLAS DE EDUFISICO

Calle 5 No. 34 B - 33 Barrio Rosa Blanca Oriental, Villavicencio - Meta
Correo: fund.esperanza@hotmail.es
Cel.314 3154240

1860

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MARZO
NOMBRE: JANUARIO TRIGOS
DOCUMENTO: 3.781.801
EDAD: 78 EPS: CAPITAL SALUD RH: A+
DIRECCIÓN: Cll 13 #3-32 B. LIBERTADOR

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufísico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	✓	✓	✓	✓	✓																				
Estiramientos Suaves	✓	✓	✓	✓	✓																				
Ejercicios de Equilibrio						✓	✓	✓	✓	✓															
Movilidad y coordinación						✓	✓	✓	✓	✓															
Fortalecimiento Muscular Leve											✓	✓	✓	✓	✓										
Gimnasia Respiratoria																✓	✓	✓	✓	✓					
Marcha y Desplazamiento																✓	✓	✓	✓	✓					
Actividades Lúdico - Recreativas																					✓	✓	✓	✓	✓
Relajación Final Guiada																					✓	✓	✓	✓	✓

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: JANUARIO TRIGOS

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

1861

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MARZO
NOMBRE: MARTHA CECILIA PRADA BARRAGAN
DOCUMENTO: 40.420.833
EDAD: 59 EPS: CAPITAL SALUD RH: O+
DIRECCIÓN: Cll 4 # 3-102 B. FUNDADORES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufísico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular																									
Estiramientos Suaves																									
Ejercicios de Equilibrio																									
Movilidad y coordinación																									
Fortalecimiento Muscular Leve																									
Gimnasia Respiratoria																✓	✓	✓	✓	✓					
Marcha y Desplazamiento																✓	✓	✓	✓	✓					
Actividades Lúdico - Recreativas																					✓	✓	✓	✓	✓
Relajación Final Guiada																					✓	✓	✓	✓	✓

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: MARTHA CECILIA PRADA B.

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

1862

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MARZO
NOMBRE: VICTOR MANUEL MOLENO
DOCUMENTO: 17.351.326
EDAD: 73 EPS: NUEVA EPS RH: O+
DIRECCIÓN: CLL 3 # 2-21 B. LOS ANDES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	✓	✓	✓	✓	✓																				
Estiramientos Suaves	✓	✓	✓	✓	✓																				
Ejercicios de Equilibrio						✓	✓	✓	✓	✓															
Movilidad y coordinación						✓	✓	✓	✓	✓															
Fortalecimiento Muscular Leve																									
Gimnasia Respiratoria																									
Marcha y Desplazamiento																									
Actividades Lúdico - Recreativas																									
Relajación Final Guiada																									

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: VICTOR MANUEL MORENO

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

1863

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MARZO
NOMBRE: VICTOR JULIO BAUTISTA MARTIN
DOCUMENTO: 344.530
EDAD: 92 EPS: CAPITAL SALUD RH: A+
DIRECCIÓN: Cr 4 # 4-62 B. FUNDADORES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	X	X	X	X	X						X														
Estiramientos Suaves	X	X	X	X	X																				
Ejercicios de Equilibrio						X	X	X	X	X															
Movilidad y coordinación						X	X	X	X	X															
Fortalecimiento Muscular Leve																									
Gimnasia Respiratoria																									
Marcha y Desplazamiento																									
Actividades Lúdico - Recreativas																									
Relajación Final Guiada																									

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: VICTOR JULIO BAUTISTA

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

1864

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MARZO
NOMBRE: SUSANA BELTRAN DE BAQUERO
DOCUMENTO: 20.556.383
EDAD: 95 EPS: CAPITAL SALUD RH: O+
DIRECCIÓN: Cr 4 # 4-62 B. FUNDADORES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves	x	x	x	x	x																				
Ejercicios de Equilibrio						x	x	x	x	x															
Movilidad y coordinación						x	x	x	x	x															
Fortalecimiento Muscular Leve																									
Gimnasia Respiratoria																									
Marcha y Desplazamiento																									
Actividades Lúdico - Recreativas																									
Relajación Final Guiada																									

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: SUSANA BELTRAN

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

1865

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Abelardo Dueñas lopez
DOCUMENTO: 17332661
EDAD: 67 EPS: capital salud RH: o+.
DIRECCIÓN:

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves	x	x	x	x	x																				
Ejercicios de Equilibrio						x	x	x	x	x															
Movilidad y coordinación						x	x	x	x	x															
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria											x	x	x	x	x										
Marcha y Desplazamiento																x	x	x	x	x					
Actividades Lúdico - Recreativas																x	x	x	x	x					
Relajación Final Guiada																					x	x			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: ABELARDO DUEÑAS LOPEZ

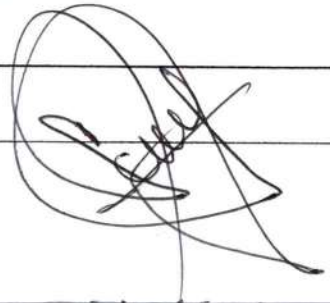
Firma:



Firma del responsable

Nombre:

Firma:



1866

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Adela Diaz
DOCUMENTO: 41334216
EDAD: 83 EPS: capital salud RH: O+
DIRECCIÓN: cll. 14. #10A-21. Bl. maipar

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular																					x	x			
Estiramientos Suaves																					x	x			
Ejercicios de Equilibrio																x	x	x	x	x					
Movilidad y coordinación											x	x	x	x	x										
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria						x	x	x	x	x															
Marcha y Desplazamiento						x	x	x	x	x															
Actividades Lúdico - Recreativas	x	x	x	x	x																				
Relajación Final Guiada	x	x	x	x	x																				

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Adela Diaz

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

1867

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Alberto Sanchez Ruda
DOCUMENTO: 2524422
EDAD: 89 EPS: capital salud RH: O+
DIRECCIÓN: CLL 6.5 #4.32. BR. camoa.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufísico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves	x	x	x	x	x																				
Ejercicios de Equilibrio						x	x	x	x	x															
Movilidad y coordinación						x	x	x	x	x															
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria											x	x	x	x	x										
Marcha y Desplazamiento																x	x	x	x	x					
Actividades Lúdico - Recreativas																x	x	x	x	x					
Relajación Final Guiada																					x	x			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: Alberto Sanchez Ruda.

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

1868

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Alcira Suarez de Martinez.
DOCUMENTO: 41478043
EDAD: 76 EPS: capital salud RH: A+
DIRECCIÓN: cr. 11. #9. 88. Br. Primavera

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufísico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular																					✓	✓			
Estiramientos Suaves																✓	✓	✓	✓	✓					
Ejercicios de Equilibrio																✓	✓	✓	✓	✓					
Movilidad y coordinación											✓	✓	✓	✓	✓										
Fortalecimiento Muscular Leve						✓	✓	✓	✓	✓															
Gimnasia Respiratoria						✓	✓	✓	✓	✓															
Marcha y Desplazamiento	✓	✓	✓	✓	✓																				
Actividades Lúdico - Recreativas	✓	✓	✓	✓	✓																				
Relajación Final Guiada	✓	✓	✓	✓	✓																				

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: Alcira Suarez de Martinez

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

1869

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Mar 20
NOMBRE: Alfonso Rojas
DOCUMENTO: 3280804
EDAD: 85 EPS: capital salud RH: O+
DIRECCIÓN: cl. 2. cll 3. Br. los andes

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular																					x	x			
Estiramientos Suaves																x	x	x	x	x					
Ejercicios de Equilibrio																x	x	x	x	x					
Movilidad y coordinación											x	x	x	x	x										
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria						x	x	x	x	x															
Marcha y Desplazamiento						x	x	x	x	x															
Actividades Lúdico - Recreativas	x	x	x	x	x																				
Relajación Final Guiada	x	x	x	x	x																				

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Alfonso Rojas

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

1870

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo.
NOMBRE: Alivia Rodriguez de Mur.
DOCUMENTO: 21100091
EDAD: 81 EPS: capital salud RH: O+
DIRECCIÓN: Cl 6 #B37 · Bl. libertador.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufísico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	✓	✓	✓	✓	✓																				
Estiramientos Suaves	✓	✓	✓	✓	✓																				
Ejercicios de Equilibrio						✓	✓	✓	✓	✓															
Movilidad y coordinación						✓	✓	✓	✓	✓															
Fortalecimiento Muscular Leve											✓	✓	✓	✓	✓										
Gimnasia Respiratoria																✓	✓	✓	✓	✓					
Marcha y Desplazamiento																✓	✓	✓	✓	✓					
Actividades Lúdico - Recreativas																					✓	✓			
Relajación Final Guiada																					✓	✓			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Alivia Rodriguez

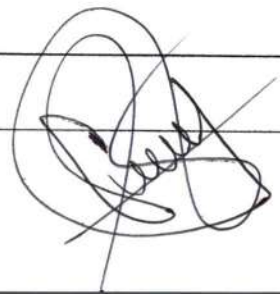
Firma:



Firma del responsable

Nombre:

Firma:



1871

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Alirio de Jesus Gonzalez.
DOCUMENTO: 16208140
EDAD: 70 EPS: Capital salud RH: O+
DIRECCIÓN: Cll. 11. #5.62. Br. Libertador

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufísico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves	x	x	x	x	x																				
Ejercicios de Equilibrio						x	x	x	x	x															
Movilidad y coordinación						x	x	x	x	x															
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria											x	x	x	x	x										
Marcha y Desplazamiento																x	x	x	x	x					
Actividades Lúdico - Recreativas																x	x	x	x	x					
Relajación Final Guiada																					x	x			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Alirio de Jesus

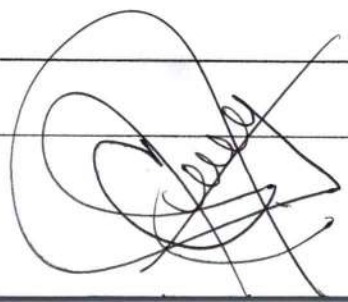
Firma:



Firma del responsable

Nombre:

Firma:



7

1872

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Alvaro Antonio Garcia Ramirez.
DOCUMENTO: 1120500882
EDAD: 59 EPS: Nueva eps RH: A+
DIRECCIÓN: cll 13. #4. 70 Br. Libertador.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufísico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves	x	x	x	x	x																				
Ejercicios de Equilibrio						x	x	x	x	x															
Movilidad y coordinación						x	x	x	x	x															
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria											x	x	x	x	x										
Marcha y Desplazamiento																x	x	x	x	x					
Actividades Lúdico - Recreativas																x	x	x	x	x					
Relajación Final Guiada																					x	x			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: ALVARO ANTONIO GARCIA

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

1823

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Ana Felisa moreno Gonzalez.
DOCUMENTO: 21201155
EDAD: 68 EPS: Nueva eps RH: A+
DIRECCIÓN: cl. 5 #6. 26 Br. Fundadores

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular																			✓						
Estiramientos Suaves																			✓						
Ejercicios de Equilibrio														✓											
Movilidad y coordinación														✓											
Fortalecimiento Muscular Leve														✓											
Gimnasia Respiratoria									✓																
Marcha y Desplazamiento									✓																
Actividades Lúdico - Recreativas				✓																					
Relajación Final Guiada				✓																					

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Ana Felisa Moreno

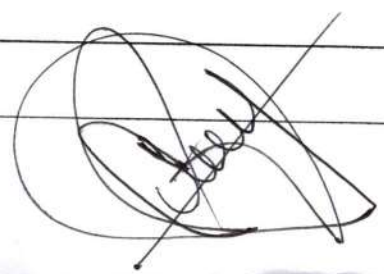
Firma:



Firma del responsable

Nombre:

Firma:



1874

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Ana Rosa Vargas Roa
DOCUMENTO: 20685322
EDAD: 79 EPS: capital salud RH: A+
DIRECCIÓN: Cll. 1. #1. 03. Br. bajo canoa

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular																					✓	✓			
Estiramientos Suaves																✓	✓	✓	✓	✓					
Ejercicios de Equilibrio																✓	✓	✓	✓	✓					
Movilidad y coordinación											✓	✓	✓	✓	✓										
Fortalecimiento Muscular Leve											✓	✓	✓	✓	✓										
Gimnasia Respiratoria						✓	✓	✓	✓	✓															
Marcha y Desplazamiento						✓	✓	✓	✓	✓															
Actividades Lúdico - Recreativas	✓	✓	✓	✓	✓																				
Relajación Final Guiada	✓	✓	✓	✓	✓																				

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Ana Rosa Vargas

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

1875

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Aquilino Anzola
DOCUMENTO: 4200609
EDAD: 90 EPS: capital salud RH: A+
DIRECCIÓN: Mz. CS. 2. BR Paraiso.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular																					x	x			
Estiramientos Suaves																					x	x			
Ejercicios de Equilibrio																x	x	x	x	x					
Movilidad y coordinación																x	x	x	x	x					
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria						x	x	x	x	x															
Marcha y Desplazamiento						x	x	x	x	x															
Actividades Lúdico - Recreativas	x	x	x	x	x																				
Relajación Final Guiada	x	x	x	x	x																				

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Aquilino Anzola

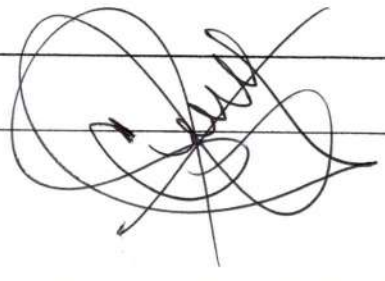
Firma:



Firma del responsable

Nombre:

Firma:



11

1876

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Aquilino Lopez
DOCUMENTO: 3456391
EDAD: 91 EPS: Nueva eps RH: O+
DIRECCIÓN: Cll 11. #437. BR. Libertador.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves	x	x	x	x	x																				
Ejercicios de Equilibrio						x	x	x	x	x															
Movilidad y coordinación						x	x	x	x	x															
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria											x	x	x	x	x										
Marcha y Desplazamiento																x	x	x	x	x					
Actividades Lúdico - Recreativas																x	x	x	x	x					
Relajación Final Guiada																					x	x			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Aquilino Lopez

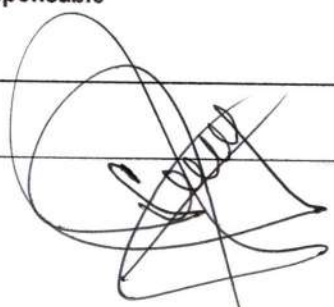
Firma:



Firma del responsable

Nombre:

Firma:



1877

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Barbara Vargas.
DOCUMENTO: 57878884.
EDAD: 73 EPS: capital salud RH: o+.
DIRECCIÓN: anillo vial Finca el descanso.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves	x	x	x	x	x																				
Ejercicios de Equilibrio						x	x	x	x	x															
Movilidad y coordinación						x	x	x	x	x															
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria																x	x	x	x	x					
Marcha y Desplazamiento																x	x	x	x	x					
Actividades Lúdico - Recreativas																					x	x			
Relajación Final Guiada																					x	x			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Barbara Vargas.

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

1878

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Benigno Enciso Flores
DOCUMENTO: 3281658
EDAD: 78 EPS: capital salud RH: ot
DIRECCIÓN: M7. 6. CS. 15. BR Paraiso

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufísico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves	x	x	x	x	x																				
Ejercicios de Equilibrio	x	x	x	x	x																				
Movilidad y coordinación						x	x	x	x	x															
Fortalecimiento Muscular Leve						x	x	x	x	x															
Gimnasia Respiratoria											x	x	x	x	x										
Marcha y Desplazamiento											x	x	x	x	x										
Actividades Lúdico - Recreativas																x	x	x	x	x					
Relajación Final Guiada																					x	x			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

CONDICION VISUAL

Firma del Beneficiario

Nombre: Benigno Enciso

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

1879

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Mar 20
NOMBRE: Brigida Rubiano Rubiano
DOCUMENTO: 21172716
EDAD: 78 EPS: capital salud RH: O+
DIRECCIÓN: MZ. I. CS. 11. Br Paraiso

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular																					✓	✓			
Estiramientos Suaves																✓	✓	✓	✓	✓					
Ejercicios de Equilibrio											✓	✓	✓	✓	✓										
Movilidad y coordinación					-						✓	✓	✓	✓	✓										
Fortalecimiento Muscular Leve						✓	✓	✓	✓	✓															
Gimnasia Respiratoria						✓	✓	✓	✓	✓															
Marcha y Desplazamiento	✓	✓	✓	✓	✓																				
Actividades Lúdico - Recreativas	✓	✓	✓	✓	✓																				
Relajación Final Guiada	✓	✓	✓	✓	✓																				

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Brigida Rubiano

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

15

1880

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Mar 20
NOMBRE: Carlos Julio Aguilera
DOCUMENTO: 17350877
EDAD: 73 EPS: capital salud RH: O-
DIRECCIÓN: Mz. S. Cs. 22. Bo. San Jorge dos

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves	x	x	x	x	x																				
Ejercicios de Equilibrio						x	x	x	x	x															
Movilidad y coordinación						x	x	x	x	x															
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria											x	x	x	x	x										
Marcha y Desplazamiento																x	x	x	x	x					
Actividades Lúdico - Recreativas																x	x	x	x	x					
Relajación Final Guiada																					x	x			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Carlos Julio Aguilera

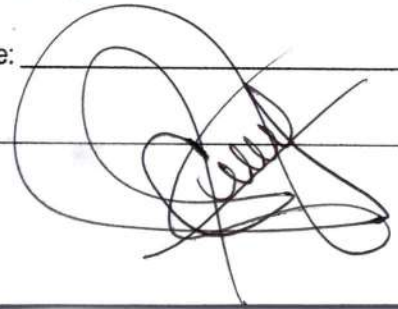
Firma:



Firma del responsable

Nombre:

Firma:



16

1881

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Mar 20
NOMBRE: Carmelina Gutierrez Pineda
DOCUMENTO: 21290109
EDAD: 73 EPS: Capital Salud RH: O+
DIRECCIÓN: M2. 4. Cs. 4. Br. Con Fochos.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufísico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	✓	✓	✓	✓	✓																				
Estiramientos Suaves	✓	✓	✓	✓	✓																				
Ejercicios de Equilibrio						✓	✓	✓	✓	✓															
Movilidad y coordinación						✓	✓	✓	✓	✓															
Fortalecimiento Muscular Leve						✓	✓	✓	✓	✓															
Gimnasia Respiratoria											✓	✓	✓	✓	✓										
Marcha y Desplazamiento											✓	✓	✓	✓	✓										
Actividades Lúdico - Recreativas																✓	✓	✓	✓	✓					
Relajación Final Guiada																					✓	✓			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: CARMELINA GUTIERREZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

1882

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Carmen Julia Romero De sarmiento.
DOCUMENTO: 23845226.
EDAD: 85. EPS: capital salud RH: O+.
DIRECCIÓN: cl. 7. #12-15 BR. Las Ferias.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufísico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves	x	x	x	x	x																				
Ejercicios de Equilibrio						x	x	x	x	x															
Movilidad y coordinación						x	x	x	x	x															
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria											x	x	x	x	x										
Marcha y Desplazamiento																x	x	x	x	x					
Actividades Lúdico - Recreativas																x	x	x	x	x					
Relajación Final Guiada																					x	x			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: CARMEN JULIA ROMERO

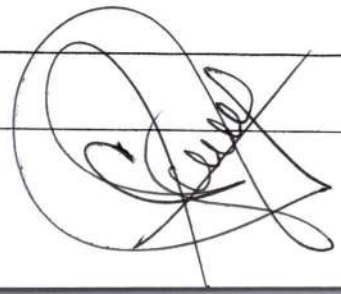
Firma:



Firma del responsable

Nombre:

Firma:



1883

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Cecilia Riascos
DOCUMENTO: 12795141
EDAD: 77 EPS: capital salud RH: O+
DIRECCIÓN: cs. 19. BR Mejor vivir.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular																					x	x			
Estiramientos Suaves																x	x	x	x	x					
Ejercicios de Equilibrio																x	x	x	x	x					
Movilidad y coordinación											x	x	x	x	x										
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria						x	x	x	x	x															
Marcha y Desplazamiento						x	x	x	x	x															
Actividades Lúdico - Recreativas	x	x	x	x	x																				
Relajación Final Guiada	x	x	x	x	x																				

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Cecilia Riascos

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

19

1884

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Cielo María Nieto Castaño
DOCUMENTO: 21.202218
EDAD: 73 EPS: capital salud RH: O+
DIRECCIÓN: Cr. 5 #18 47. Br. Once de Noviembre.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufísico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves	x	x	x	x	x																				
Ejercicios de Equilibrio						x	x	x	x	x															
Movilidad y coordinación						x	x	x	x	x															
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria											x	x	x	x	x										
Marcha y Desplazamiento																x	x	x	x	x					
Actividades Lúdico - Recreativas																x	x	x	x	x					
Relajación Final Guiada																					x	x			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Cielo María Nieto

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

1885

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Dagoberto Lerma Mendoza
DOCUMENTO: 19266441
EDAD: 75 EPS: Nueva eps RH: A+
DIRECCIÓN: cr. 3 #10.79. Bl. libertador

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular																			x						
Estiramientos Suaves																			x						
Ejercicios de Equilibrio																			x						
Movilidad y coordinación														x											
Fortalecimiento Muscular Leve														x											
Gimnasia Respiratoria									x																
Marcha y Desplazamiento									x																
Actividades Lúdico - Recreativas				x																					
Relajación Final Guiada				x																					

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: Dagoberto Lerma Mendoza

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

1886

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: David Ramiro Martinez Suarez.
DOCUMENTO: 79570371
EDAD: 54 EPS: capital salud RH: O+
DIRECCIÓN: Cr. 11. #a. 88. Br. Primavera

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves	x	x	x	x	x																				
Ejercicios de Equilibrio						x	x	x	x	x															
Movilidad y coordinación						x	x	x	x	x															
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria											x	x	x	x	x										
Marcha y Desplazamiento																x	x	x	x	x					
Actividades Lúdico - Recreativas																x	x	x	x	x					
Relajación Final Guiada																					x	x			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: David Ramiro Martinez Suarez

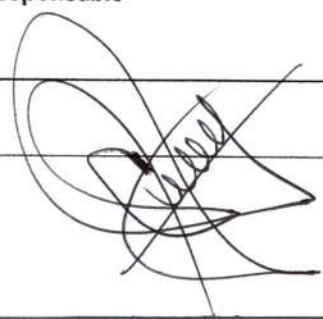
Firma:



Firma del responsable

Nombre:

Firma:



1887

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Delfin lozano cabezas.
DOCUMENTO: 5986765
EDAD: 71 EPS: Nueva eps RH: O+
DIRECCIÓN: cr 5. #6. 26. Br. Fundadores.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufísico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular																			x						
Estiramientos Suaves																			x						
Ejercicios de Equilibrio														x											
Movilidad y coordinación														x											
Fortalecimiento Muscular Leve														x											
Gimnasia Respiratoria									x																
Marcha y Desplazamiento									x																
Actividades Lúdico - Recreativas				x																					
Relajación Final Guiada				x																					

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: Delfin Lozano

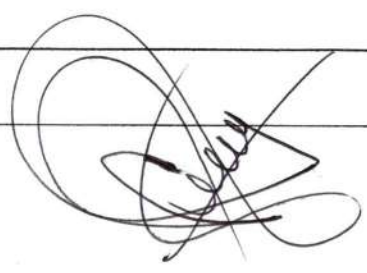
Firma: _____



Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____



23

1888

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MARZO
NOMBRE: DIEGO BARBOSA GUAVITA
DOCUMENTO: 3.291.569
EDAD: 81 EPS: CAPITAL SALUD RH: O+
DIRECCIÓN: MZ B CS 11 B. SAN JORGE 1

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves	x	x	x	x	x																				
Ejercicios de Equilibrio						x	x	x	x	x															
Movilidad y coordinación											x	x	x	x	x										
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria																x	x	x	x	x					
Marcha y Desplazamiento																x	x	x	x	x					
Actividades Lúdico - Recreativas																					x	x			
Relajación Final Guiada																					x	x			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: DIEGO BARBOZA

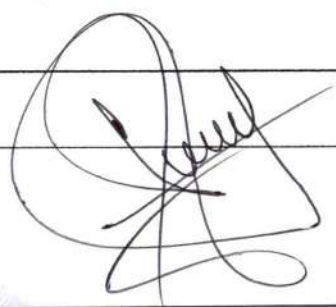
Firma:



Firma del responsable

Nombre:

Firma:



1889

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Mar 20
NOMBRE: Dora lilia Esguerra Gonzalez
DOCUMENTO: 21201403
EDAD: 65 EPS: capital salud RH: A+
DIRECCIÓN: cll 7. #2. la. BE Fundadores

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufísico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular																					✓	✓			
Estiramientos Suaves																✓	✓	✓	✓	✓					
Ejercicios de Equilibrio																✓	✓	✓	✓	✓					
Movilidad y coordinación											✓	✓	✓	✓	✓										
Fortalecimiento Muscular Leve											✓	✓	✓	✓	✓										
Gimnasia Respiratoria						✓	✓	✓	✓	✓															
Marcha y Desplazamiento						✓	✓	✓	✓	✓															
Actividades Lúdico - Recreativas	✓	✓	✓	✓	✓																				
Relajación Final Guiada	✓	✓	✓	✓	✓																				

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: Dora Lilia Esguerra Gonzalez

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

25

1890

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: Marzo
NOMBRE: Edilma Villalba Mendez
DOCUMENTO: 21198384.
EDAD: 69 EPS: capital salud RH: o+.
DIRECCIÓN: cll. 22. #s. 52. Br. once de Noviembre.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor edufisico con los beneficiarios del Programa Adulto Mayor del Centro Vida Anita Blanco De Gualteros, con el propósito de promover la movilidad, coordinación, equilibrio y salud integral de los participantes.

2. ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL DÍA

FECHA	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 5				
	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI	LU	MA	MI	JU	VI
Calentamiento Articular	x	x	x	x	x																				
Estiramientos Suaves						x	x	x	x	x															
Ejercicios de Equilibrio						x	x	x	x	x															
Movilidad y coordinación											x	x	x	x	x										
Fortalecimiento Muscular Leve											x	x	x	x	x										
Gimnasia Respiratoria																x	x	x	x	x					
Marcha y Desplazamiento																x	x	x	x	x					
Actividades Lúdico - Recreativas																					x	x			
Relajación Final Guiada																					x	x			

3. OBSERVACIONES GENERALES:

Firma del Beneficiario

Nombre: EDILMA VILLALBA MENDEZ

Firma:

Firma del responsable

Nombre:

Firma:

26