3687

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: ELIZABETH RODRIGUEZ RAMIREZ
DOCUMENTO: 23.273.371
EDAD: 75 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CASA 47 BARRIO MEJOR VIVIR

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: ELIZABETH RODRIGUEZ RAMIREZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3688

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: ELMER ANTONIO RAMIREZ ESCOBAR
DOCUMENTO: 10.178.717
EDAD: 55 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 3 # 3-27 BARRIO LOS ANDES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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						a	a	a	a	a															
Relajación Final Guiada																a	a	a	a	a					

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: ELMER ANTONIO RAMIREZ ESCOBAR

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3689

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: ENEREO GUERRERO GOMEZ
DOCUMENTO: CC 3279690
EDAD: 89 EPS: CAPITAL SALUD RH: O +
DIRECCIÓN: MZ B CASA 1 B. LA FLOREZTA

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	XX	
Actividades Lúdico - Recreativas						X	X	X	X	X															
Relajación Final Guiada											X	X	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: Enereo Guerrero

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3690

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: ESTAUROFILO MORA SANDOVAL
DOCUMENTO: 160.867
EDAD: 90 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CR 7 # 11-88 BARRIO LAS FERIAS

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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																									
Gimnasia Respiratoria																									
Marcha y Desplazamiento																									
Actividades Lúdico - Recreativas																									
Relajación Final Guiada																									

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: ESTAUROFILO MORA SANDOVAL

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3691

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: EVANGELISTA DELGADO INDIGENA
DOCUMENTO: 17.351.091
EDAD: 77 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: TRASVERSAL 12 # 15-31 BARRIO VILLA LUZ

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed fisico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: EVANGELISTA DELGADO INDIGENA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3692

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: FERMIN RODRIGUEZ
DOCUMENTO: 3.269.380
EDAD: 85 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: MZ 4 CS 10 BARRIO CAFUCHES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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																a	a	a	a	a					
Relajación Final Guiada						a	a	a	a	a															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: FERMIN RODRIGUEZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3693

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: FIDEL ARMANDO TORRES
DOCUMENTO: 5.576.949
EDAD: 83 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** B+
DIRECCIÓN: CALLE 20 # 5- 24 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: FIDEL ARMANDO TORRES

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3694

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: FIDEL SOLARTE GUZMAN
DOCUMENTO: 4.739.198
EDAD: 80 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: MZ G CASA 16 BARRIO PARAISO

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X					

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: FIDEL SOLARTE GUZMAN

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3645

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: FLOR ELVIA DIAZ DIAZ
DOCUMENTO: 21.199.524
EDAD: 78 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 15 #5-59 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed fisico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: FLOR ELVIA DIAZ DIAZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3696

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: FORTUNATO GODOY PARRA
DOCUMENTO: 2.273.916
EDAD: 80 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** A+
DIRECCIÓN: CLL 9 # 3-44 BARRIO FUNDADORES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	x	x	x					

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: FORTUNATO GODOY PARRA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3697

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: FR ANCELINA FLOREZ
DOCUMENTO: 21.199.779
EDAD: 79 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 23 # 4-07 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed fisico 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						a	a	a	a	X															
Relajación Final Guiada																a	a	a	a	a					

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: FRANCELINA FLOREZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3698

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: GILDARDO TORRES
DOCUMENTO: 17.352.654
EDAD: 74 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 9 # 6-37 BARRIO POLO CLUB

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: GILDARDO TORRES

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3699

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: GONZALO HERNANDEZ
DOCUMENTO: 3.282.079
EDAD: 77 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 5A # 1B BARRIO CAMOA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed fisico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: GONZALO HERNANDEZ

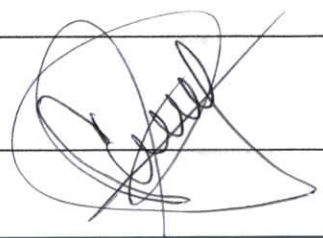
Firma: _____



Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____



3700

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: GONZALO SUAREZ
DOCUMENTO: 3.280.807
EDAD: 83 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 9 # 17-52 BARRIO OLIMPICO

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed fisico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: GONZALO SUAREZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3701

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: GUSTAVO CASTAÑO GONZALEZ
DOCUMENTO: 17.350.928
EDAD: 73 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 10 # 8-56 BARRIO PRIMAVERA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed fisico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: GUSTAVO CASTAÑO GONZALEZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3202

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: HECTOR MANUEL VELANDIA PEREZ
DOCUMENTO: 3.295.957
EDAD: 78 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CRA 7 # 12-36 BARRIO LAS FERIAS

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	x	x	x

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: HECTOR MANUEL VELANDIA PEREZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3203

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: HECTOR QUINTERO TABARES
DOCUMENTO: 17.355.646
EDAD: 55 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 5 # 16-57 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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																					a	a	a	a	a
Relajación Final Guiada						X	X	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: HECTOR QUINTERO TABARES

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3204

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: HECTOR SARMIENTO CASAS
DOCUMENTO: 3.071.991
EDAD: 78 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** AB+
DIRECCIÓN: CLL 1 # 1-03 BARRIO CAMOA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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																									
Ejercicios de Equilibrio														X											
Movilidad y coordinación																									
Fortalecimiento Muscular Leve																									
Gimnasia Respiratoria																			X						
Marcha y Desplazamiento																									
Actividades Lúdico - Recreativas																								X	
Relajación Final Guiada																									

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: HECTOR SARMIENTO CASAS

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3205

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: HERCILIA ORTIZ MEDINA
DOCUMENTO: 38.221.192
EDAD: 81 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: MZ 3 CASA 3 BARIO PEDRO DAZA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X					

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: HERCILIA ORTIZ MEDINA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3706

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: HILDA MARIA LEAL TABARES
DOCUMENTO: 21.199.344
EDAD: 78 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** B+
DIRECCIÓN: CR 5 # 16-57 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X					

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: HILDA MARIA LEAL TABARES

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3709

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: HUMBERTO REY VELA
DOCUMENTO: 17.351.161
EDAD: 69 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+
DIRECCIÓN: MZ 5 CS 21 BARRIO SAN JORGE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: HUMBERTO REY VELA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3208

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: ISIDRO BARBOSA PARDO
DOCUMENTO: 5.813.342
EDAD: 86 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CALLE 12 # 7-12 BARRIO LAS FERIAS

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	Y					
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																T	a	a	a	a					
Relajación Final Guiada						X	X	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: ISIDRO BARBOSA PARDO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3709

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: JAIME GALINDO
DOCUMENTO: 17353978
EDAD: 61 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CLL-11-# 5-66-BARRIO LIBERTADOR

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: JAIME GALINDO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3210

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: JAIME DANIEL TRIGOS AYA
DOCUMENTO: 17.351.571
EDAD: 69 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CRA-5#18-53. B-ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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																				X					
Gimnasia Respiratoria																					X	X	X	X	X
Marcha y Desplazamiento																					X	X	X	X	X
Actividades Lúdico - Recreativas																									
Relajación Final Guiada																									

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: JAIME DANIEL TRIGOS AYA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3211

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: JAMEL GOMEZ
DOCUMENTO: 17.351.118
EDAD: 73 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 3 # 7-28 BARRIO FUNDADORES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	~	a	a	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: JAMEL GOMEZ

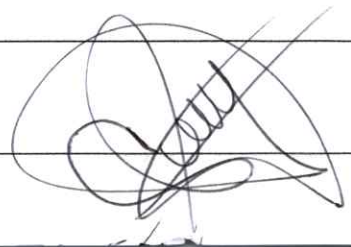
Firma: _____



Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____



52

3712

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: JAVIER RAMIREZ BARRETO
DOCUMENTO: 17.351.951
EDAD: 70 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 5 # 16-74 BARRIO CAMOA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: JAVIER RAMIREZ BARRETO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

63

3713

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO
PROGRAMA ADULTO MAYOR
CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS
SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: JESUS ANTONIO PENAGOS
DOCUMENTO: 3.280.112
EDAD: 84 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CLL 2 # 5A - 4 BARRIO CAMOA. CERCA A ANTONIO RICAUTE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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																									
Gimnasia Respiratoria																									
Marcha y Desplazamiento																									
Actividades Lúdico - Recreativas																									
Relajación Final Guiada																									

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: JESUS ANTONIO PENAGOS

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

32 14

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: JESUS ANTONIO RODRIGUEZ
DOCUMENTO: 93.117.103
EDAD: 72 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CLL 10 # 7-68 BARRIO PRIMAVERA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre : JESUS ANTONIO RODRIGUEZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3215

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: JORGE ALBERTO PRADO
DOCUMENTO: 10.127.727
EDAD: 65 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 5 # 18 -45 ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: JORGE ALBERTO PRADO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3716

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: JORGE ANTONIO HOYOS
DOCUMENTO: 16.683. 188
EDAD: 64 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 5 # 7-49 BARRIO FUNDADORES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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																									
Gimnasia Respiratoria																									
Marcha y Desplazamiento																									
Actividades Lúdico - Recreativas																									
Relajación Final Guiada																									

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: JORGE ANTONIO HOYOS

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

97

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: JORGE ELIECER HOZMAN ALFEREZ
DOCUMENTO: 2.00.015.822
EDAD: 57 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 19 # 5-57 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: JORGE ELIECER HOZMAN ALFEREZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3218

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: JOSE ANTONIO ANDRADE
DOCUMENTO: 3.281.004
EDAD: 83 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 17 # 11-08 BARRIO VILLA LUZ

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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.

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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: JOSE ANTONIO ANDRADE

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3219

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: JOSE CUSTODIO MORALES RODRIGUEZ
DOCUMENTO: 484.051
EDAD: 94 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CR 4 # 7-50 BARRIO FUNDADORES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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.

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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: JOSE CUSTODIO MORALES RODRIGUEZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3720

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: JOSE IGNACIO MURCIA PINILLA
DOCUMENTO: 16685187
EDAD: 88 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+
DIRECCIÓN: PORTALES DEL LLANO TORRE-4-APARTAMENTO-401

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	x	x	x										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: JOSE IGNACIO MURCIA PINILLA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3721

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: JULIO ENRIQUE MIRANDA GARZON
DOCUMENTO: 2.398.820
EDAD: 83 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** B+
DIRECCIÓN: CLL 10 # 7-54 BARRIO PRIMAVERA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: JULIO ENRIQUE MIRANDA GARZON

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3722

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: LIDA GONZALEZ
DOCUMENTO: 40.420.834
EDAD: 59 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O-
DIRECCIÓN: MZ 4 CASA 17 BARRIO PEDRO DAZA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	Y					
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: LIDA GONZALEZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3723

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: LUIS ARMANDO PRIETO GARZON
DOCUMENTO: 17.312.342
EDAD: 69 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CLL 23 # 4-07 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: LUIS ARMANDO PRIETO GARZON

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3724

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: LUIS ENRRIQUE ROMERO
DOCUMENTO: 7.817.404
EDAD: 72 **EPS:** FAMISANAR **RH:** O+
DIRECCIÓN: CALLE 15 # 4-35 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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.

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	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: LUIS ENRRIQUE ROMERO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3725

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: LUIS EUDORO PINEDA MANCERA
DOCUMENTO: 473.945
EDAD: 83 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+
DIRECCIÓN: CASA 58 MEJOR VIVIR

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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.

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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: LUIS EUDORO PINEDA MANCERA

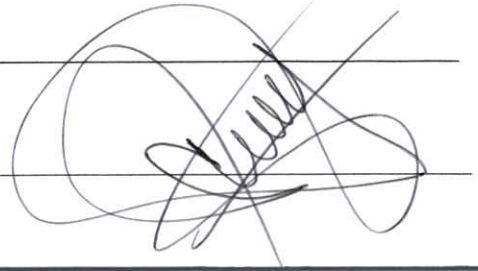
Firma: _____



Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____



3726

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: LUIS FRANCISCO REY CASTRO
DOCUMENTO: 3.281.176
EDAD: 81 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 7 # 2-63 BARRIO CAMOA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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.

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																									
Gimnasia Respiratoria																									
Marcha y Desplazamiento																									
Actividades Lúdico - Recreativas																									
Relajación Final Guiada																									

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: LUIS FRANCISCO REY CASTRO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3229

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: LUIS FRANCISCO VARELA REYES
DOCUMENTO: 3.207.524
EDAD: 72 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: MZ B CS 56 BARRIO PARAÍSO

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: LUIS FRANCISCO VARELA REYES

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3728

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: LUIS GONZALO MUÑOZ
DOCUMENTO: 3.282.200
EDAD: 78 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 6 # 3-12 BARRIO CAMOA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed fisico 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	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: LUIS GONZALO MUÑOZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3229

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: LUZ ELENA CRUZ
DOCUMENTO: 21.202.075
EDAD: 76 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CALLE 15 # 5-36 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: LUZ ELENA CRUZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3730

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: LUZ FANY GUEVARA NOVOA
DOCUMENTO: 52.092.006
EDAD: 60 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CLL 17 # 4-50 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: LUZ FANY GUEVARA NOVOA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3931

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: LUZ MARINA JAIME RODRIGUEZ
DOCUMENTO: 21.201.532
EDAD: 67 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: MZ 6 CASA 66 BARRIO VILLA DEL PILAR

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: LUZ MARINA JAIME RODRIGUEZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3732

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: LUZ MARINA MARTINEZ
DOCUMENTO: 20.931.437
EDAD: 65 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: MZ D CS 24 URBANIZACION CIUDADELA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: LUZ MARINA MARTINEZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3233

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: LUZ MILA CRUZ LADINO
DOCUMENTO: 21.199.350
EDAD: 77 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: MZ 9 CASA 10 ALGARROBO

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: LUZ MILA CRUZ LADINO

Firma: Luz mila Cruz

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

74

3734

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARCELIA MENDOZA TAFUR
DOCUMENTO: 21.201.939
EDAD: 65 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CRA 5 # 18-34 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARCELIA MENDOZA TAFUR

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3 a 35

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARCO FIDEL CAMARGO
DOCUMENTO: 17.351.161
EDAD: 76 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 13 # 3-33 BARRIO LIBERTADOR

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARCO FIDEL CAMARGO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3736

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARGARITA SIERRA
DOCUMENTO: 21.211.988
EDAD: 90 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: MZ 10 CS 16 BARRIO ALGARROBO.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARGARITA SIERRA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3737

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARIA ARGENIS SARAY MORENO
DOCUMENTO: 21.200.976
EDAD: 72 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 16 # 13-32 VILLA LUZ

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARIA ARGENIS SARAY MORENO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARIA CANDELARIA RODRIGUEZ
DOCUMENTO: 28.518.647
EDAD: 87 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 5 # 15-60 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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										
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	a	a	X															
Relajación Final Guiada																					X	a	X	X	X

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARIA CANDELARIA RODRIGUEZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3739

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARIA DEL CARMEN VARGAS BUITRAGO
DOCUMENTO: 21.200.862
EDAD: 78 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 4# 10-67 BARRIO LIBERTADOR

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X					

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARIA DEL CARMEN VARGAS BUITRAGO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3740

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARIA DOLORES RAMOS
DOCUMENTO: 23.801.646
EDAD: 71 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CLL 12 # 4-66 BARRIO LIBERTADOR

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARIA DOLORES RAMOS

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3791

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO
PROGRAMA ADULTO MAYOR
CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS
SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARIA REINALDA GIL GUERRERO
DOCUMENTO: 21.172.871
EDAD: 74 **EPS:** SALUD TOTAL **RH:** B+
DIRECCIÓN: CR 6 # 21-34 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	x	x	x										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARIA REINALDA GIL GUERRERO

Firma: Reinalda Gil Guerrero

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

89

3742

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARIA ROSALBA GONZALEZ GARCÍA
DOCUMENTO: 21.200.552
EDAD: 74 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 23 A # 5-70 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARIA ROSALBA GONZALEZ GARCÍA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARIA RUBIELA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
DOCUMENTO: 28.545.883
EDAD: 78 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CR 6 # 1E - 68 BARRIO CAMOA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARIA RUBIELA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3744

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARIA TERESA DIAZ MUÑOZ
DOCUMENTO: 51.599.518
EDAD: 70 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CLL 22 # 4- 43 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	a	^	X															
Relajación Final Guiada						X	X	a	a	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARIA TERESA DIAZ MUÑOZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3745

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARIA TERESA STELLA DE SILVA
DOCUMENTO: 21.199.259
EDAD: 82 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 5 # 14-71 ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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																									
Gimnasia Respiratoria																									
Marcha y Desplazamiento																									
Actividades Lúdico - Recreativas																									
Relajación Final Guiada																									

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARIA TERESA STELLA DE SILVA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

86

37 46

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARIELA ARANGO
DOCUMENTO: 21.201.345
EDAD: 80 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** AB+
DIRECCIÓN: TRASVERSAL 12 # 15-31 BARRIO VILLA LUZ

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARIELA ARANGO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3747

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARIELA CLAVIJO FLOREZ
DOCUMENTO: 21.173.288
EDAD: 75 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CS 2 BARRIO MEJOR VIVIR

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARIELA CLAVIJO FLOREZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3748

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO
PROGRAMA ADULTO MAYOR
CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS
SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARTHA CECILIA PRADA BARRAGAN
DOCUMENTO: 40.420.833
EDAD: 59 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CALLE 4 # 3-102 BARRIO FUNDADORES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARTHA CECILIA PRADA BARRAGAN

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

89

3749

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARTIN ROMERO
DOCUMENTO: 3.280.117
EDAD: 86 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: MEJOR VIVIR CASA 47

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARTIN ROMERO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3750

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MARIA OLGA REINA DE GOZALEZ
DOCUMENTO: 21200222
EDAD: 75 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CRA-7-BARRIO PRIMAVERA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	a	a	a	x															
Relajación Final Guiada						x	x	x	x	x															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MARIA OLGA REINA DE GONZALEZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3751

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: MIGUEL ANTONIO RODRIGUEZ CIFUENTES
DOCUMENTO: 3.288.587
EDAD: 83 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: MZ O CS 22 BARRIO PEDRO DAZA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: MIGUEL ANTONIO RODRIGUEZ CIFUENTES

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3752

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: NANCY RODRIGUEZ MORALES
DOCUMENTO: 21.202.657
EDAD: 67 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CLL 4 # 1-68 BARRIO LOS ANDES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed fisico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: NANCY RODRIGUEZ MORALES

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3753

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: NICOMEDES CALDERON
DOCUMENTO: 7.489.722
EDAD: 74 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+
DIRECCIÓN: CR 7 # 20 - 08 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: NICOMEDES CALDERON

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3754

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: OFELIA HERNANDEZ RICO
DOCUMENTO: 24.709.075
EDAD: 70 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** B+
DIRECCIÓN: CLL 10 # 7-68 BARRIO 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						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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: OFELIA HERNANDEZ RICO

Firma: Ofelia Hernandez

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3755

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: ORLANDO TORRES MORENO
DOCUMENTO: 17.146.331
EDAD: 68 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CALLE 1B # CRA5 BAJO CAMOA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: ORLANDO TORRES MORENO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3756

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: PEDRO ROBERTO PIRABAN
DOCUMENTO: 480.157
EDAD: 103 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+
DIRECCIÓN: CRA 7 # 8-74 BARRIO FUNDADORES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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.

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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: PEDRO ROBERTO PIRABAN

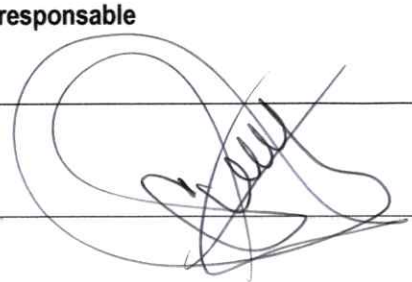
Firma: _____



Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____



3757

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: RAFAEL ANTONIO LOPEZ
DOCUMENTO: 5.909.708
EDAD: 83 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 20 # 4-35 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: RAFAEL ANTONIO LOPEZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3758

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: RAFAEL AUGUSTO ARENAS NARVAEZ
DOCUMENTO: 7.416.772
EDAD: 82 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 14 A # 9-02 BARRIO MAIPORE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	a	a	a															
Relajación Final Guiada						a	a	a	a	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: RAFAEL AUGUSTO ARENAS NARVAEZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

99

3759

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: REINEL CABRERA MACHAO
DOCUMENTO: 16685187
EDAD: 63 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** A+
DIRECCIÓN: CLL-7# 3

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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												x	x	x	x										
Ejercicios de Equilibrio												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																a	x	x	x	x					
Relajación Final Guiada																					x	x		x	x

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: REINEL CABRERA MACHAO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3760

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: RICARDO HERNANDEZ ROJAS
DOCUMENTO: 19.138.944
EDAD: 74 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 15 # 6-39 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed fisico 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	X	X	X										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: RICARDO HERNANDEZ ROJAS

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3761

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: RODRIGO ALBERTO PEÑA ARIZA
DOCUMENTO: 19.271.042
EDAD: 69 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 15 # 6-67 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: RODRIGO ALBERTO PEÑA ARIZA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3762

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: ROSA ANGELINA VIRGUEZ DE ANZOLA
DOCUMENTO: 23.805.219
EDAD: 87 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: MZ J CS 2 BARRIO PARAÍSO

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	A	a	a															
Relajación Final Guiada											X	a	a	a	a										

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: ROSA ANGELINA VIRGUEZ DE ANZOLA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3763

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: ROSA IRENE RODRIGUEZ
DOCUMENTO: 21.199.826
EDAD: 75 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 17 # 4 -52 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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						a	a	a	a	a															
Relajación Final Guiada																a	a	a	a	X					

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: ROSA IRENE RODRIGUEZ

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3764

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: ROSA MARIA HERRERA
DOCUMENTO: 20.213.174
EDAD: 86 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CALLE 1 B BAJO CAMOA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	a	a	a					
Relajación Final Guiada						x	x	a	a	x															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: ROSA MARIA HERRERA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3765

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: ROSALBINA CARDONA ALCALDE
DOCUMENTO: 1.121.975.195
EDAD: 82 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** A+
DIRECCIÓN: CLL 14 A # 9-02 BARRIO MAIPORE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: ROSALBINA CARDONA ALCALDE

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

106

3766

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: TIBERIO ACERO
DOCUMENTO: 3.281.860
EDAD: 77 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 6 # 14-10 BARRIO LIBERTADOR

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades fisicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed fisico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: TIBERIO ACERO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

107

3767

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: VICTOR MANUEL MORENO
DOCUMENTO: 17.351.326
EDAD: 73 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+
DIRECCIÓN: CALLE 3 # 2-21 BARRIO LOS ANDES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: VICTOR MANUEL MORENO

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3768

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: VITELIO PIZZA
DOCUMENTO: 17.352.723
EDAD: 67 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
DIRECCIÓN: CR 5 # 18-70 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	Y										
Ejercicios de Equilibrio											Y	X	X	X	Y										
Movilidad y coordinación																X	X	X	X	Y					
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: VITELIO PIZZA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3769

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: YESID JOSE GUTIERREZ CARVAJAL
DOCUMENTO: 3.280.759
EDAD: 83 **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+
DIRECCIÓN: CLL 3 # 5-08 BARRIO CAMOA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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.

. 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: _YESID JOSE GUTIERREZ CARVAJAL

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3220

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: YOLANDA AMAYA
DOCUMENTO: 40.421.213
EDAD: 78 **EPS:** CAPITAL SALUD. **RH:** O+
DIRECCIÓN: MZ 17 CS 23 BARRIO PEDRO DAZA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: _ _ YOLANDA AMAYA

Firma: _____

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

3771

FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO – INSTRUCTOR EDUFÍSICO

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2026

MES: MAYO
NOMBRE: ZOILA ROSA CHAVARRO DELGADO
DOCUMENTO: 41.518.519
EDAD: 75 **EPS:** CAPITAL SALUD. **RH:** A+
DIRECCIÓN: CLL 4 # 6 - 43 BARRIO FUNDADORES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA JORNADA

Registro diario de las actividades físicas, recreativas y de bienestar desarrolladas por el instructor Ed físico 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	X	X	X															

3. OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

Firma del Beneficiario

Nombre: _ ZOILA ROSA CHAVARRO DELGADO _____

Firma: Zoila Rosa Chavarro D

Firma del responsable

Nombre: _____

Firma: _____

112

FUNDACIÓN ESPERANZA

NIT: 900.414.673-9

Para la Vida, la Paz y el Amor

3772

SEGUIMIENTO ENFERMERIA

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

3773

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ABELARDO DUEÑAS LOPEZ DOCUMENTO: 17332661 EDAD: 67

DIRECCIÓN: CALLE 22 # 5-70 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE EPS: CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: X SI: _____ CUÁLES: NINGUNA

MEDICAMENTOS: NO: X SI: _____ CUÁLES: NINGUNA

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						76		77		71	77		78		81	78		77		71	80		75		79
SAT. OXIGENO						99		97		98	98		97		99	97		96		98	97		97		98
TENSION ARTERIAL						127/82		126/74		127/85	125/79		123/77		131/81	129/78		123/75		128/69	124/77		120/70		131/79

OBSERVACIONES GENERALES:

NINGUNA

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3774

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ADELA DIAZ DOCUMENTO: 41.334.216 EDAD: 83

DIRECCIÓN: CLL 14 # 10 A - 21 BARRIO MAIPORE EPS: CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HIPOTEROIDISMO, DISCAPACIDAD VISUAL (PERDIDA TOTAL OJO DERECHO)

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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						80		77		73	76		79		77	79		77		73	69		77		78
SAT. OXIGENO						97		97		95	97		96		96	98		96		97	96		96		97
TENSION ARTERIAL						110/68		122/76		118/72	112/66		118/71		129/66	116/70		125/75		114/70	120/76		129/72		125/70

OBSERVACIONES GENERALES:

NINGUNA

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

2

3775

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ALBERTO ANTONIO SANCHEZ RUDA DOCUMENTO: 2524922 EDAD: 89

DIRECCIÓN: CLL 6 - 5 # 4-32 BARRIO CAMOA EPS: CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: LOSARTAN 50MG

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						77		79		81	77		77		84	82		85		81	83		80		83
SAT. OXIGENO						97		98		98	96		98		98	97		98		98	97		98		98
TENSION ARTERIAL						140/88		142/92		148/86	137/76		133/70		136/68	142/74		139/70		137/67	130/75		133/81		130/77

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL

Andrea M. Barrera
C.C. 40 218 172 Vicio
Reg. N° 50-1736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3776

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ALCIRA SUAREZ DE MARTINEZ **DOCUMENTO:** 41478043 **EDAD:** 76

DIRECCIÓN: CR 11 # 9-88 BARRIO PRIMAVERA **EPS:** CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL.

MEDICAMENTOS: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** LOSARTAN, JANUMET

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							59		63			56		51			55		51			55		51	
SAT. OXIGENO							97		98			97		98			97		97			98		97	
TENSION ARTERIAL							157/80		159/83			148/77		150/79			145/73		153/77			150/77		139/68	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3777

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ALFONSO ROJAS **DOCUMENTO:** 3.280.804 **EDAD:** 85

DIRECCIÓN: CR 2 CON CALLE 3 ESQUINA BARRIO LOS ANDES **EPS:** CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL, PACIENTE RENAL CON BOLSA DE UROSTOMIA

MEDICAMENTOS: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** LOSARTAN 50MG, LINAGLIPTINA 5MG

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							74		68			60		65			69		77			79		76	
SAT. OXIGENO							96		98			98		99			98		98			97		98	
TENSION ARTERIAL							157/84		159/76			163/99		173/103			158/79		129/100			168/89		171/97	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL, PACIENTE RENAL CON BOLSA DE UROSTOMIA

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218072-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

3778

NOMBRE: ALIRIA RODRIGUEZ DE MUR **DOCUMENTO:** 21.199.091 **EDAD:** 81

DIRECCIÓN: CR 6 #13-37 BARRIO LIBERTADOR **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL, ARTROSIS DEGENERATIVA, DIABETES MELLITUS

MEDICAMENTOS: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** LOSARTAN, JANUMET, AMLODIPINO.

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							74		69			58		64			68		59			69		66	
SAT. OXIGENO							98		98			96		97			96		97			96		97	
TENSION ARTERIAL							157/83		155/75			166/79		127/84			153/79		176/83			169/80		174/87	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL, ARTROSIS DEGENERATIVA, DIABETES MELLITUS

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3279

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ALIRIO DE JESUS GONZALEZ DOCUMENTO: 16208140 EDAD: 70

DIRECCIÓN: CLL 11 # 5-62 BARRIO LIBERTADOR EPS: CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: X SI: CUÁLES: NINGUNA

MEDICAMENTOS: NO: X SI: CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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						70		74		77	79														
SAT. OXIGENO						97		97		98	96														
TENSION ARTERIAL						116/74		110/70		118/76	124/84														

OBSERVACIONES GENERALES:

NINGUNA

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 Ylcio
Reg. N° SO-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

7

3780

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ALIRIO VILLAMIL MORENO **DOCUMENTO:** 17.290.230 **EDAD:** 77

DIRECCIÓN: MZ L CASA 30 BARRIO PEDRO DAZA **EPS:** CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, HIPERPLASIA DE LA PROSTATA, HIPOTEROIDISMO

MEDICAMENTOS: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** BISACOLIDO 5MG, LEVOTIROXINA 100MG, ACETIL SALICILICO 100MG, ROSUVASTATINA 20MG, TAMSULOSINA +DUTASTERIDA 0.4/0.5MG, DAPAGLIFOZINA 5MG, SEMAGLUTIDA 7MG.

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						83		85		83	75		80		77	83		79		82	80		83		81
SAT. OXIGENO						96		96		97	96		96		97	96		96		96	97		97		96
TENSION ARTERIAL						134/73		139/78		130/69	127/73		133/77		135/81	131/79		129/70		134/77	126/69		129/75		133/70

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO: : DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, HIPERPLASIA DE LA PROSTATA, HIPOTEROIDISMO

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3781

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ALVARO ANTONIO GARCIA RAMIREZ DOCUMENTO: 1120500882 EDAD: 59

DIRECCIÓN: CLL 13 # 4-70 BARRIO LIBERTADOR EPS: NUEVA EPS-SUBSIDIADO RH: A+

ENFERMEDADES: NO: _____ SI: X CUÁLES: DISCAPACIDAD COGNITIVA, MENTAL, INTELECTUAL.

MEDICAMENTOS: NO: X SI: _____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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						79		81		75	83		79		82	78		75		79	81		83		80
SAT. OXIGENO						98		97		98	99		97		97	98		97		97	98		98		97
TENSION ARTERIAL						137/74		129/68		125/70	130/78		138/85		133/73	135/77		130/70		128/66	131/77		136/80		133/77

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO DISCAPACIDAD COGNITIVA, MENTAL, INTELECTUAL.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 V/cio
Reg. N° 50-1736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3782

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ANA FELISA MORENO GONZALEZ DOCUMENTO: 21.201.155 EDAD: 68

DIRECCIÓN: CR 5 # 6-26 BARRIO FUNDADORES EPS: NUEVA EPS - SUBSIDIADO RH: A+

ENFERMEDADES: NO: _____ SI: X CUÁLES: DIABETES MELLITUS, DISCAPACIDAD VISUAL TOTAL, REMATOIDEO, HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: _____ SI: X CUÁLES: AMLODIPINO 5MG, NO TOMA NINGUN OTRO MEDICAMENTO

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							79		71			77		79			75		77			79		75	
SAT. OXIGENO							98		96			98		98			96		98			97		98	
TENSION ARTERIAL							159/85		150/77			152/89		157/91			150/83		146/77			152/87		149/80	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO DIABETES MELLITUS, DISCAPACIDAD VISUAL TOTAL, REMATOIDEO, HIPERTENSION ARTERIAL

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172-Vichada
Reg. N° 50-11736-Meta
AUXILIAR DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO 3783

NOMBRE: ANA ROSA VARGAS ROA DOCUMENTO: 20.685.322 EDAD: _____

DIRECCIÓN: CLL 1 # 1-03 BAJO CAMOA EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: A+

ENFERMEDADES: NO: _____ SI: X CUÁLES: DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, HIPOTEROIDISMO.

MEDICAMENTOS: NO: _____ SI: X CUÁLES: LEVOTIROXINA 50MG, AMLODIPINO 10MG, DAPAGLIFOCINA 10MG, ROSUVASTATINA 20MG, JANUMET 50MG, OMEPRAZOL 20MG, HIOSCINA 10MG

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							80		85			80		88			88		83			80		85	
SAT. OXIGENO							96		98			96		97			96		97			97		96	
TENSION ARTERIAL							135/83		139/76			137/69		133/66			135/77		137/79			130/68		139/73	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, HIPOTEROIDISMO

Andrea M. Barrera
C.C. 40.21[illegible]
Reg. N° 50-[illegible]
AUXILIAR E[illegible]

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

11

3284

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: AQUILINO ANZOLA DOCUMENTO: 4200609 EDAD: 90

DIRECCIÓN: MZ J CS 2 BARRIO PARAÍSO EPS: CAPITAL SALUD -SUBSIDIADO RH: A+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: ULCERA VARICOSA EN LOS MIEMBROS INFERIORES

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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							68		77			81		87			81		87			82		82	
SAT. OXIGENO							96		98			96		97			96		96			97		97	
TENSION ARTERIAL							110/75		118/83			127/77		135/81			139/77		143/81			120/70		132/85	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO ULCERA VARICOSA EN LOS MIEMBROS INFERIORES

Andrea M. Barrera
C.C. 40 218 172 V/cio
Reg. N° SO 11736 Meta
FIRMA RESPONSABLE AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA BENEFICIARIO

12

3785

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: AQUILINO LOPEZ DOCUMENTO: 345637 EDAD: 91

DIRECCIÓN: CALLE 11 # 4-37 BARRIO LIBERTADOR EPS: NUEVA EPS - SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: _____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: X SI: _____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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						73		68		70	68		62		72	77		80		77	79		81		77
SAT. OXIGENO						98		96		98	96		95		96	97		96		97	96		96		97
TENSION ARTERIAL						149/86		151/90		146/84	142/86		144/81		152/83	159/89		163/93		149/87	155/80		150/77		159/89

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL

Andrea M. Bazzera
C.C. 40.218.172 V/cio
Reg. N° 50-1736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3786

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: BARBARA VARGAS **DOCUMENTO:** 51878884 **EDAD:** 73

DIRECCIÓN: ANILLO VIAL FINCA EL DESCANSO **EPS:** CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO **RH:** _____

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPOTEROIDISMO, HIPERTENSION ARTERIAL, TRIGLICERIDOS ALTOS, COLESTEROL ALTO.

MEDICAMENTOS: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** LEVOTIROXINA 50MG, AMLODIPINO 5MG, ROSUVASTATINA 50MG

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						63		66		71	67		67		65	68		69		65	65		69		73
SAT. OXIGENO						98		99		98	98		96		97	96		97		96	96		98		96
TENSION ARTERIAL						137/76		139/81		143/87	135/79		150/82		154/86	132/74		147/70		150/80	135/73		148/96		130/74

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPOTEROIDISMO, HIPERTENSION ARTERIAL, TRIGLICERIDOS ALTOS, COLESTEROL ALTO. HIPOTEROIDISMO, HIPERTENSION ARTERIAL, TRIGLICERIDOS ALTOS, COLESTEROL ALTO.

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3787

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: BENIGNO ENCISO FLOREZ DOCUMENTO: 3281658 EDAD: 78

DIRECCIÓN: MZ G CS 15 BARRIO PARAISO EPS: CAPITAL SALUD RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: DISCAPACIDAD VISUAL (PERDIDA TOTAL DE LA VISION)

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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		88			78		80			82		85			82		82	
SAT. OXIGENO							96		98			97		98			96		96			96		97	
TENSION ARTERIAL							118/74		110/68			122/76		134/79			140/72		143/79			139/76		145/80	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO DISCAPACIDAD VISUAL (PERDIDA TOTAL DE LA VISION)

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

15

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO 3788

NOMBRE: BRIGIDA RUBIANO RUBIANO DOCUMENTO: 21172716 EDAD: 78

DIRECCIÓN: MZ I CS 11 BARRIO PARAÍSO EPS: CAPITAL SALUD- SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: _____ SI: X CUÁLES: DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL. GLAUCOMA EN AMBOS OJOS, DISPLACIA DE CADERA

MEDICAMENTOS: NO: _____ SI: X CUÁLES: INSULINADEPENDIENTE, JANUMET.

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							71		77			84		79			82		79			80		84	
SAT. OXIGENO							98		97			96		97			96		97			96		97	
TENSION ARTERIAL							159/97		155/81			149/85		153/80			150/78		147/74			149/92		145/70	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO: DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL. GLAUCOMA EN AMBOS OJOS, DISPLACIA DE CADERA

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3789

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: CARLOS JULIO AGUILERA DOCUMENTO: 17350877 EDAD: 73

DIRECCIÓN: MZ 5 CS 22 BARRIO SAN JORGE 2 EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: O-

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: LOSARTAN

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						85		80		81	83		82		84	80		85		83	80		77		71
SAT. OXIGENO						98		99		98	98		97		96	96		97		98	97		96		96
TENSION ARTERIAL						143/88		139/85		140/72	137/70		140/79		138/76	137/77		139/83		136/69	129/75		133/79		138/75

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

17

3790

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: CARMELINA GUTIERREZ PINEDA DOCUMENTO: 21201109 EDAD: 73

DIRECCIÓN: MZ 4 CS 4 BARRIO CAFUCHES EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL, DISCAPACIDAD VISUAL (PERDIDA TOTAL DE LA VISION), ALZAHIMER.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: LOSARTAN, ACIDO SALICILICO

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						88		91		93	85		87		89	87		83		87	87		80		87
SAT. OXIGENO						97		97		97	97		96		97	97		96		97	97		96		95
TENSION ARTERIAL						137/81		140/94		139/79	137/77		124/80		118/85	122/81		128/87		117/80	120/77		135/70		129/68

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO: HIPERTENSION ARTERIAL, DISCAPACIDAD VISUAL (PERDIDA TOTAL DE LA VISION),

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 Vichada
Reg. N° 50-11786 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3791

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: CARMEN JULIA ROMERO DE SARMIENTO DOCUMENTO: 23845226 EDAD: 85

DIRECCIÓN: CR 7 # 12 - 15 BARRIO LAS FERIAS EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: DIABETES MELLITUS

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: METFORMINA 850MG

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						78		83		77	87		76		79	75		76		79	77		76		79
SAT. OXIGENO						97		97		99	97		97		98	97		97		97	96		97		97
TENSION ARTERIAL						157/98		150/90		155/96	150/99		132/75		157/83	152/70		148/76		150/79	155/84		152/73		150/79

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO DIABETES MELLITUS

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3792

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: CECILIO RIASCOS DOCUMENTO: 12795141 EDAD: 77

DIRECCIÓN: CASA 19 BARRIO MEJOR VIVIR. EPS: CAPITAL SALUD RH: O+

ENFERMEDADES: NO: _____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL.

MEDICAMENTOS: NO: _____ SI: X CUÁLES: ENALAPRIL 20MG

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							66		67			70		75			69		71			70		78	
SAT. OXIGENO							99		98			97		97			98		97			97		96	
TENSION ARTERIAL							160/83		168/89			152/87		155/89			150/77		157/80			152/82		155/87	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL.

Andrea M. Barrera
C.C. 40218772-V/clo
Reg. TARJETA 1936 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

20

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

3793

NOMBRE: CIELO MARIA NIETO CASTAÑO DOCUMENTO: 21202218 EDAD: 73

DIRECCIÓN: CR 5 # 18-47 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, DISCAPACIDAD VISUAL PERDIDA (OJO IZQUIERDO)

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: INSULINADEPENDIENTE, JANUMET, AMLODIPINO

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						70		79		77	77		82		79	77		82		79	86		82		82
SAT. OXIGENO						98		97		98	98		96		97	98		96		96	97		96		97
TENSION ARTERIAL						117/76		117/70		119/79	115/68		123/77		125/80	129/77		123/79		127/85	121/68		125/73		127/78

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, DISCAPACIDAD VISUAL PERDIDA (OJO IZQUIERDO)

Andrea M. Barrera
C.C. 40-218172-V/cio
Reg N° 50-11736 Meta
ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

21

3294

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: DAGOBERTO LERMA MENDOZA DOCUMENTO: 14266441 EDAD: 75

DIRECCIÓN: CR 3 # 10-79 BARRIO LIBERTADOR EPS: NUEVA EPS-SUBSIDIADO RH: A+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: DISCAPACIDAD VISUAL (PERDIDA TOTAL DEL OJO IZQUIERDO)

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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							77		79			73		69			77		77			66		70	
SAT. OXIGENO							97		96			98		97			96		96			98		96	
TENSION ARTERIAL							169/87		158/79			166/85		127/92			159/83		165/81			168/89		157/90	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO: DISCAPACIDAD VISUAL (PERDIDA TOTAL DEL OJO IZQUIERDO)

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3795

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: DAVID RAMIRO MARTINEZ SUAREZ **DOCUMENTO:** 79570371 **EDAD:** 54

DIRECCIÓN: CR 11 # 9-88 BARRIO PRIMAVERA **EPS:** CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, PACIENTE RENAL CRONICO CON HEMODIALISIS (FISTULA), DISCAPACIDAD VISUAL

MEDICAMENTOS: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** METOPROLOL 50MG, PRAZOSINA 1MG, AMLODIPINO 5MG ACETIL SALICILICO 100MG, MINOXIDIL 10MG, CALCIO CARBONATADO 600MG, CALCITRIOL 0,50MG, INSULINA GLARGINA 100UNIDADES,

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							66		63			75		71			75		70			66		70	
SAT. OXIGENO							98		98			97		98			98		97			98		97	
TENSION ARTERIAL							147/79		139/79			150/80		136/77			142/57		136/49			157/70		145/62	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, PACIENTE RENAL CRONICO CON HEMODIALISIS (FISTULA), DISCAPACIDAD VISUAL

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 Vicio
Reg. Nº 50-117 38 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE



FIRMA BENEFICIARIO

3 Y 16

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: DELFIN LOZANO CABEZAS DOCUMENTO: 5986765 EDAD: 71

DIRECCIÓN: CR 5 # 6-26 BARRIO FUNDADORES EPS: NUEVA EPS RH: O+

ENFERMEDADES: NO: X SI: _____ CUÁLES:
NINGUNA

MEDICAMENTOS: NO: X SI: _____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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							68		74			73		77			73		78			75		75	
SAT. OXIGENO							97		96			96		99			96		94			97		94	
TENSION ARTERIAL							144/70		140/66			140/96		144/92			137/79		140/82			132/87		131/83	

OBSERVACIONES GENERALES:
NINGUNA

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218172-V/cio
Reg. Nº 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3797

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: DIEGO BARBOSA GUAVITA **DOCUMENTO:** 3291569 **EDAD:** 81

DIRECCIÓN: MZ B CS 11 BARRIO SAN JORGE 1 **EPS:** CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** ENFERMERDAD RENAL CRONICA, HIPERTENSION ARTERIAL, HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA, ENFERMEDAD CERERBRO VASCULAR, HERNIA INGLINAL DERECHA, PRE-DIABETES, DISLIPIDEMIA, FRACTURA DE ROTULA NO DESPLAZADA.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** ACETIL SALICILICO 100MG, ATORVASTATINA 20MG, LOSARTAN 50MG, NIFEDIPINO 30MG, TAMSULOSINA 0,4MG.

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						78		82		77	75		69		75	64		66		69	79		71		77
SAT. OXIGENO						96		96		97	96		97		96	97		96		97	96		96		97
TENSION ARTERIAL						134/74		130/62		137/70	137/69		142/74		149/70	159/69		137/71		153/63	144/69		130/72		142/77

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO: ENFERMERDAD RENAL CRONICA, HIPERTENSION ARTERIAL, HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA, ENFERMEDAD CERERBRO VASCULAR, HERNIA INGLINAL DERECHA, PRE-DIABETES, DISLIPIDEMIA, FRACTURA DE ROTULA NO DESPLAZADA.

Andrea M. Barrera
C.C. 40216172-Vicio
Reg. No. 60-41736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

25

3798

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: DORA LILIA ESGUERRA GONZALEZ **DOCUMENTO:** 21201403 **EDAD:** 65

DIRECCIÓN: CLL 7 # 2-19 BARRIO FUNDADORES **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** DIABETES MELLITUS, HIPOTEROIDISMO, HIPERTENSION ARTERIAL, PACIENTE RENAL CRONICO

MEDICAMENTOS: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** AZATIOPRINA 50MG, ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG, ATORVASTATINA 20MG, FUROSEMIDA 40MG, PREDNOSOLONA 5MG, PREGABALINA 75MG, BISACODILO 5MG, LEVOTIROXINA 75MG, AMLODIPINO 5MG + BALSARTAN 360MG.

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							89		87			85		84					80			88		82	
SAT. OXIGENO							96		96			96		95					95			96		99	
TENSION ARTERIAL							110/79		107/83			116/85		102/64					74/101			118/101		128/78	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO: DIABETES MELLITUS, HIPOTEROIDISMO, HIPERTENSION ARTERIAL, PACIENTE RENAL CRONICO

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3799

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: EDILMA VILLALBA MENDEZ DOCUMENTO: 21198384 EDAD: 89

DIRECCIÓN: CLL 22 # 5-52 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: ARRITMIA CARDIACA

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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						81		73		71	77		77		81	79		85		83	80		83		80
SAT. OXIGENO						97		97		96	98		98		96	97		96		97	96		97		96
TENSION ARTERIAL						127/78		126/58		122/70	120/74		144/79		155/73	153/77		146/79		150/82	139/77		144/70		150/79

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO ARRITMIA CARDIACA

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 Vicio
Reg. N° 50-1036 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3800

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ELIZABETH RODRIGUEZ RAMIREZ DOCUMENTO: 23273371 EDAD: 75

DIRECCIÓN: CASA 47 BARRIO MEJOR VIVIR EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: LOSARTAN, JANUMET, AMLODIPINO.

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							74		79			79		77			77		77			82		85	
SAT. OXIGENO							96		98			96		96			96		96			96		98	
TENSION ARTERIAL							126/88		120/74			150/90		146/88			140/74		136/75			142/79		146/79	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS.

Andrea M. Barrera
C.C. 40 218172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3801

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ELMER ANTONIO RAMIREZ ESCOBAR **DOCUMENTO:** 10178717 **EDAD:** 55

DIRECCIÓN: CR 3 # 3-27 BARRIO LOS ANDES **EPS:** CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO **RH:** _____

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL, PACIENTE RENAL CRONICO CON HEMODIALISIS (FISTULA).

MEDICAMENTOS: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** VALSARTAN 160MG + AMLODIPINO 5MG, METOPROLOL 50MG, CLONIDINA 150MG, PREGABALINA 75MG, PARICALCITOL 5MG DESPUES DE CADA SECCION DE HEMODIALISIS.

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						50		F.F.		64	57			87			89		94			80		85	
SAT. OXIGENO						99		97		99	99			97			98		97			97		98	
TENSION ARTERIAL						137/98		130/90		144/96	139/88			116/77			127/81	.	118/79			129/83		134/87	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL, PACIENTE RENAL CRONICO CON HEMODIALISIS (FISTULA).

Andrea M. Barrera
C.C. 40218172 Vicio
Reg. N° 50-11136 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERIA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3802

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ENEREO GUERRERO GOMEZ **DOCUMENTO:** 3279690 **EDAD:** 89

DIRECCIÓN: MZ B CS 1 BARRIO LA FLORESTA **EPS:** CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: X **SI:** _____ **CUÁLES:** NINGUNA

MEDICAMENTOS: NO: X **SI:** _____ **CUÁLES:** NO TOMA MEDICAMENTOS

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							70		75			79		73			75		70			73		80	
SAT. OXIGENO							97		99			97		96			97		97			97		96	
TENSION ARTERIAL							168/80		125/84			118/70		124/82			110/70		120/76			105/68		116/75	

OBSERVACIONES GENERALES:

NINGUNA

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 VSB
Reg. N° 50-1173 Meta

FIRMA RESPONSABLE AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA BENEFICIARIO

3863

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ESTAUROFILO MORA SANDOVAL DOCUMENTO: 160867 EDAD: 90

DIRECCIÓN: CR 7 # 11-88 BARRIO LAS FERIAS EPS: CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO RH: A+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: DISCAPACIDAD VISUAL (PERDIDA TOTAL DE LA VISION)

MEDICAMENTOS: NO: X 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							79		84			59		55				57		68		71		75	
SAT. OXIGENO							98		98			97		97				97		96		97		98	
TENSION ARTERIAL							120/76		124/80			132/72		141/68				147/61		139/75		128/66		130/69	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO DISCAPACIDAD VISUAL (PERDIDA TOTAL DE LA VISION)

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 Vichada
Reg. N° 50-11756 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3804

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: EVANGELISTA DELGADO INDIGENA DOCUMENTO: 17351091 EDAD: 77

DIRECCIÓN: TRASVERSAL 12 # 15-31 BARRIO VILLA LUZ EPS: CAPITAL SALUD RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: ARTROSIS DEGENERATIVA

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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						68		68		77	68		65		69	69		67		69	65		69		65
SAT. OXIGENO						97		97		99	97		98		98	97		98		96	98		98		97
TENSION ARTERIAL						110/70		112/66		120/78	116/70		124/76		132/80	128/72		134/78		140/81	136/78		142/79		130/73

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO ARTROSIS DEGENERATIVA

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

FIRMA BENEFICIARIO

3805

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: FERMIN RODRIGUEZ DOCUMENTO: 3269380 EDAD: 85

DIRECCIÓN: MZ 4 CS 10 BARRIO CAFUCHES EPS: CAPITAL SALUD -SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL, ULCERA VARICOSA EN LOS DOS MIEMBROS INFERIORES.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: LOSARTAN, ACETAMINOFEN

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						59.		68		73.	61.			73			77		83			79.		74	
SAT. OXIGENO						98.		98		99	98			96			97		97			98		96	
TENSION ARTERIAL						139/77		139/85		135/80	135/69.			142/77.			146/83		140/70			133/69		140/75	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL, ULCERA VARICOSA EN LOS DOS MIEMBROS INFERIORES.

Andrea M. Barrera
C.C. 1.018.472.XXX
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3806

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: FIDEL ARMANDO TORRES DOCUMENTO: 5576949 EDAD: 83

DIRECCIÓN: CALLE 20 # 5- 24 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: B+

ENFERMEDADES: NO: X SI: ____ CUÁLES: NINGUNA

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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						66		74		70	69		71		77	70		77		72	77		80		79
SAT. OXIGENO						98		98		97	98		96		96	97		96		97	96		97		96
TENSION ARTERIAL						114/79		120/84		126/88	116/74		131/84		137/89	125/77		130/77		127/69	137/84		130/79		131/86

OBSERVACIONES GENERALES:

NINGUNA

Andrea M. Barrera
C.C. 40 218 172 V/cio
Reg. N° 50 117 16 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

34

3807

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: FIDEL SOLARTE GUZMAN DOCUMENTO: 4739198 EDAD: 80

DIRECCIÓN: MZ G CASA 16 BARRIO PARAISO EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: A+

ENFERMEDADES: NO: X SI: ____ CUÁLES: NINGUNA

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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						80		81		75	80		75		68	68		75		69	71		75		75
SAT. OXIGENO						98		98		99	97		96		96	97		96		96	97		96		97
TENSION ARTERIAL						124/84		116/76		119/81	117/77		127/79		135/83	129/75		140/79		148/83	135/75		140/80		128/68

OBSERVACIONES GENERALES:

NINGUNA

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 Vicio
Reg. N°150-11736 Meta
ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3808

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: FLOR ELVIA DIAZ DIAZ DOCUMENTO: 21199524 EDAD: 78

DIRECCIÓN: CLL 15 #5-59 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: ENALAPRIL+AMLODIPINO

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						80		77		83	87		80		85	81		88		77	80		76		80
SAT. OXIGENO						97		98		98	96		97		96	97		96		96	96		98		96
TENSION ARTERIAL						118/79		111/83		112/80	110/69		122/76		128/79	134/84		144/79		141/76	122/68		138/72		144/86

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS

Andrea M. Barrera
CC 40 218 172 Vlcio
Reg N° 50-11X56 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: FORTUNATO GODOY PARRA DOCUMENTO: 2273916 EDAD: 80

DIRECCIÓN: CLL 14 # 6-17 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE EPS: NUEVA EPS - SUBSIDIADO RH: A+

ENFERMEDADES: NO: X SI: ____ CUÁLES: NINGUNA

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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						74		74		78	83		63		66	69		75		79	78		75		78
SAT. OXIGENO						99		98		99	98		96		97	95		96		96	92		96		92
TENSION ARTERIAL						112/74		118/82		122/84	114/74		128/77		151/67	130/75		128/69		122/74	124/74		130/70		123/74

OBSERVACIONES GENERALES:

NINGUNA

Andrea M Barrera
C.C. 40.218172 Vicio
Reg. N° 50-11786 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3810

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: FRANCELINA FLOREZ **DOCUMENTO:** 21199779 **EDAD:** 79

DIRECCIÓN: CLL 23 # 4-07 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** DIABETES MELLITUS, EPOC CRONICO, NEUMONIA CRONICA, ULCERA GASTRICA.

MEDICAMENTOS: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** OMEPRAZOL 20MG, ACEDTIL SALICILICO 100MG, DAPAGLIFOZINA 10MG, CARVEDILOL 6.25MG, ATORVASTATINA 40MG, TRIMEBUTINA 200MG, BUDESONIDA/FORMOTEROL 200MG/6MG, IPRATROPIO BROMURO 20MC.

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							98		98			88		113			104		99			88		93	
SAT. OXIGENO							98		101			97		98			97		97			98		97	
TENSION ARTERIAL							130/99		136/106			125/78		129/83			132/87		129/79			125/81		130/87	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO DIABETES MELLITUS, EPOC CRONICO, NEUMONIA CRONICA, ULCERA GASTRICA.

Andrea M. Barrera
C.C. 40216172-V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3811

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: GILDARDO TORRES **DOCUMENTO:** 17352654 **EDAD:** 74

DIRECCIÓN: CR 9 # 6-37 BARRIO POLO CLUB **EPS:** NUEVA EPS - SUBSIDIADO **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, HIPERPLASIA DE LA PROSTATA, INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR).

MEDICAMENTOS: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** LOSARTAN 50MG, ESPIRONOLACTONA 25MG, TANSULOSINA/DUTASTERIDA 0.4/05, CARVEDILOL 25MG, ESOMEPRAZOL 20MG, APIXABAN 5MG, DAPAGLIFOZINA 10MG, ATORVASTATINA 40MG.

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						82		77		80	75		67.		69.	75		79		75	79.		75		77.
SAT. OXIGENO						92		99		98	98		97		97	97		96		96	96		97		96
TENSION ARTERIAL						155/89		159/96		150/80	147/85		97/64.		118/74	128/86		123/79.		144/88	139/77		128/62.		131/76

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO: HIPERTENSION ARTERIAL, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, HIPERPLASIA DE LA PROSTATA, INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR).

Andrea M. Barrera
C.C. 40 219 172 - Vichada
R.M. 40-17736 Meta

FIRMA RESPONSABLE AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA BENEFICIARIO

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: GONZALO HERNANDEZ DOCUMENTO: 3282079 EDAD: 77

DIRECCIÓN: CR 5A # 1B BARRIO CAMOA EPS: CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: _____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: _____ SI: X CUÁLES: ATORVASTATINA 40MG, TRIMEBUTINA 200MG, BUDESONIDA/FORMOTEROL 200MG/6MG, IPRATROPIO BROMURO 20MC.

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							80		77		72		78		80	78		82		77	75		73		78
SAT. OXIGENO							98		98		96		96		97	96		97		96	96		96		97
TENSION ARTERIAL							167/89		169/87		119/78		125/77		147/83	124/69		136/77		152/89	120/80		142/77		138/70

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.772-Vlvo
Reg N° 50-11736 Meta
LIAR EN ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3813

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: GONZALO SUAREZ DOCUMENTO: 3280807 EDAD: 83

DIRECCIÓN: CR 9 # 17-52 BARRIO OLIMPICO EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: AMLODIPINO 5MG, ATORVASTINA 40MG, OMEPRAZOL 40MG.

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						79		70		83	86		75		62	69		75		70		75	80		72
SAT. OXIGENO						98		98		97	99		97		97	96		97		98		96	97		96
TENSION ARTERIAL						120/86		124/70		128/79	124/82		121/69		131/56	129/68		133/73		127/66		130/70	127/80		131/69

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 Villavicencio
Reg. N° 50-[illegible] Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

4 D

3814

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: GUSTAVO CASTAÑO GONZALEZ DOCUMENTO: 17350928 EDAD: 73

DIRECCIÓN: CLL 10 # 8-56 BARRIO PRIMAVERA EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: O-

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: BASARTAN

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						79		77		84	77		80		82	77		82		80	82		80		82
SAT. OXIGENO						99		99		97	99		96		96	98		96		96	97		96		97
TENSION ARTERIAL						139/87		133/96		137/99	135/90		129/81		124/77	128/69		141/77		150/85	143/77		155/79		150/73

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218972 V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA
FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

42

3815

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: HECTOR MANUEL VELANDIA PEREZ DOCUMENTO: 3295957 EDAD: 78

DIRECCIÓN: CRA 7 # 12-36 BARRIO LAS FERIAS EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL, HIPOTEROIDISMO

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: ____ CUÁLES: ENALAPRIL, LEVOTIROXINA

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						69		75		79	85		68		69	75		72		77	73		79		75
SAT. OXIGENO						97		97		99	97		99		97	98		99		98	98		99		98
TENSION ARTERIAL						167/92		173/99		170/92	136/87		161/74		150/67	155/79		147/75		159/77	144/70		144/77		150/79

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL, HIPOTEROIDISMO

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.072 V/cio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERIA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

43

3816

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: HECTOR QUINTERO TABARES DOCUMENTO: 17355646 EDAD: 55

DIRECCIÓN: CR 5 # 16-57 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE EPS: NUEVA EPS – SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: SINDROME DE DOWN, DIABETES MELLITUS, PROSTATITIS.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: JANUMET, RYBELSUS

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						84		81		80	81		87		83	77		80		84	79		85		80
SAT. OXIGENO						93		95		97	95		95		97	96		97		96	97		96		96
TENSION ARTERIAL						123/121		167/122		160/110	157/97		150/85		142/80	139/83		144/88		140/76	133/71		130/68		142/77

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO SINDROME DE DOWN, DIABETES MELLITUS, PROSTATITIS.

Andrea M. Barrera
C.C. 40-218472-V/cio
R.C. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3817

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: HECTOR SARMIENTO CASAS **DOCUMENTO:** 3071991 **EDAD:** 78

DIRECCIÓN: CLL 1 # 1-03 BARRIO CAMOA **EPS:** CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO **RH:** AB+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, HIPOTEROIDISMO.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** LEVOTIROXINA 50MG, DAPAGLIFOCINA 10MG, METFORMINA 1000MG, OMEPRAZOL 20MG, METOPROLOL 50MG, CLOPIDROGEL 75MG, ACIDO ACETILSALICILICO 100MG

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							67		55			61		63		●	66		63			67		65	
SAT. OXIGENO							99		98			97		97			98		97			97		98	
TENSION ARTERIAL							147/87		140/77			124/68		122/74			134/80		128/75			132/70		140/77	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, HIPOTEROIDISMO.

Andrea M Barrera
C.C. 40 218 172 Vicio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

45

3818

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: HERCILIA ORTIZ MEDINA **DOCUMENTO:** 38221192 **EDAD:** 81

DIRECCIÓN: MZ 3 CASA 3 BARIO PEDRO DAZA **EPS:** CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** ARTROSIS DEGENERATIVA

MEDICAMENTOS: NO: X **SI:** _____ **CUÁLES:** NO TOMA MEDICAMENTOS

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							70		78			87		85			89		88			87		87	
SAT. OXIGENO							96		97			99		98			99		98			99		99	
TENSION ARTERIAL							136/72		128/69			113/74		122/80			118/79		126/84			113/79		122/89	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO ARTROSIS DEGENERATIVA

Andrea M. Barrera
C.C. No 1.218.172 Vi/cio
Reg N° SO-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3819

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: HILDA MARIA LEAL TABARES DOCUMENTO: 21199344 EDAD: 78

DIRECCIÓN: CR 5 # 16-57 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE EPS: NUEVA EPS – CONTRIBUTIVO RH: B+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, TAQUICARDIA.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: JANUMET, AMLODIPINO, LOSARTAN, METOPROLOL

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						73		77		73	78		77		80	80		77		77	77		79		80
SAT. OXIGENO						92		98		98	97		96		97	96		96		97	97		98		96
TENSION ARTERIAL						124/84		120/80		124/80	120/86		128/62		122/69	128/74		116/66		122/74	128/66		132/84		126/70

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, TAQUICARDIA.

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

47

3820

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: HUMBERTO REY VELA DOCUMENTO: 17351161 EDAD: 69

DIRECCIÓN: MZ 5 CS 21 BARRIO SAN JORGE EPS: NUEVA EPS - SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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						73		77		73	79		82		77	82		70		75	79		82		80
SAT. OXIGENO						92		99		97	99		96		96	96		97		97	98		96		97
TENSION ARTERIAL						120/80		126/84		122/76	120/85		132/80		128/62	134/78		132/66		130/72	126/78		132/80		130/86

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.772 Acacio
R.C. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

48

3821

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ISIDRO BARBOSA PARDO DOCUMENTO: 5813342 EDAD: 86

DIRECCIÓN: CALLE 12 # 7-12 BARRIO LAS FERIAS EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: X SI: _____ CUÁLES: NINGUNA

MEDICAMENTOS: NO: X SI: _____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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						68		65		73	79		75		78	72		72		70	72		75		72
SAT. OXIGENO						99		98		99	97		97		96	97		96		97	97		97		97
TENSION ARTERIAL						110/74		116/82		110/80	118/88		125/62		123/77	128/62		120/68		133/75	131/59		122/72		128/80

OBSERVACIONES GENERALES:

NINGUNA

Andrea M. Barrera
C.C. 40 218 172 Villavicencio
Reg. N° 50-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

49

3822

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: JAIME GALINDO DOCUMENTO: 17.353.978 EDAD: 61

DIRECCIÓN: CALLE 11 # 5- 66 BARRIO EL LIBERTADOR EPS: CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: PARKINSON

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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						58		66		62	74		62				68		72			69		64	
SAT. OXIGENO						97		98		97	96		97				97		98			97		98	
TENSION ARTERIAL						70/64		94/72		82/76	99/82		102/74				99/80		104/84			98/76		104/80	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO PARKINSON

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 Vichada
Reg. N° 58-11736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

50

3823

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: JAIME DANIEL TRIGOS AYA DOCUMENTO: 17.351.571 EDAD: 69

DIRECCIÓN: CARRERA 5 # 18-53 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE EPS: CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: _____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL, TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, HIPERPLASIA PROSTATICA GRADO 1, TABAQUISMO, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

MEDICAMENTOS: NO: _____ SI: x CUÁLES: LOSARTAN 50MG, ATORVASTATINA 40MG, VALPROICO ACIDO 250MG

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																				92		91		92	
SAT. OXIGENO																				99		99		98	
TENSION ARTERIAL																				178/99		153/93		162/96	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL, TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, HIPERPLASIA PROSTATICA GRADO 1, TABAQUISMO, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 V/cio
Reg. N° 150-1736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

51

3824

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: JAMEL GOMEZ DOCUMENTO: 17351118 EDAD: 73

DIRECCIÓN: CR 3 # 7-28 BARRIO FUNDADORES EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA, CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS.

MEDICAMENTOS: NO: ____ SI: X CUÁLES: CEFALIXINA 500MG.

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						79		86		77	79		71		75	67		69		73	69		63		70
SAT. OXIGENO						99		99		97	98		97		97	96		96		97	96		97		96
TENSION ARTERIAL						120/88		126/80		118/76	120/80		136/69		142/73	137/69		141/79		136/71	145/79		140/69		135/73

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA, CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS.

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 Vicio
Reg. N° 50-11766 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

52

3825

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: JAVIER RAMIREZ BARRETO DOCUMENTO: 17351951 EDAD: 70

DIRECCIÓN: CR 5 # 2-46 BARRIO CAMOA EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: _____ SI: X CUÁLES: DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: _____ SI: X CUÁLES: LOSARTAN, JANUMET

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						69		75		79	81		74		71	75		75		80	77		70		75
SAT. OXIGENO						99		99		97	99		98		97	98		97		97	97		98		98
TENSION ARTERIAL						137/79		139/85		137/77	137/83		128/62		132/70	128/75		123/79		125/78	132/83		128/72		134/80

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 Vfcio
Reg N° 50-1736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3826

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: JESUS ANTONIO PENAGOS **DOCUMENTO:** 3280112 **EDAD:** 84

DIRECCIÓN: CLL 2 # 5A - 4 BARRIO CAMOA. CERCA A ANTONIO RICAUTE **EPS:** CAPITAL SALUD-SUBSIDIADO **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL, PACIENTE RENAL CON BOLSA DE UROSTOMIA

MEDICAMENTOS: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** LOSARTAN

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							69		67			59		63			70		77			68		77	
SAT. OXIGENO							98		99			97		97			98		97			97		97	
TENSION ARTERIAL							137/79		132/70			157/79		139/73			155/80		152/89			139/70		144/77	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL, PACIENTE RENAL CON BOLSA DE UROSTOMIA

Andrea M. Barrera
C.C. No 21817-Vicio
Reg. N° SO-11736-Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3827

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: JESUS ANTONIO RODRIGUEZ DOCUMENTO: 93117103 EDAD: 72

DIRECCIÓN: CLL 10 # 7-68 BARRIO PRIMAVERA EPS: CAPITAL SALUD - SUBSIDIADO RH: A+

ENFERMEDADES: NO: ____ SI: X CUÁLES: HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: X SI: ____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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						88		89		79	87		92		90	92		94		90	99		94		92
SAT. OXIGENO						98		99		99	99		97		98	97		97		97	98		97		97
TENSION ARTERIAL						166/99		173/101		159/99	170/101		179/110		161/84	155/79		170/100		159/89	178/110		170/100		179/108

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL

Andrea M. Barrera
C.C. 40.218.172 Vicio
Reg. N° 50-1736 Meta
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

55

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO 3828

NOMBRE: JORGE ALBERTO PRADO **DOCUMENTO:** 10127727 **EDAD:** 65

DIRECCIÓN: CR 5 # 18 -45 ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD -SUBSIDIADO **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL, PROSTATECTOMIA TOTAL POR HIPERPLASIA, OSTEOSINTESIS DE TIBIA DERECHA, HIPOTEROIDISMO.

MEDICAMENTOS: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** CALCITRIOL, ACIDO SALICILICO, ATORVASTATINA, DAPAGLIFOCINA, NIFEDIPINO, HIDROCLOROTIAZIDA, LEVOTIROXINA.

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							68		77			80		69			73		70			79		83	
SAT. OXIGENO							96		98			96		97			96		96			97		96	
TENSION ARTERIAL							155/94		159/99			145/79		139/90			141/85		139/89			150/93		144/86	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO HIPERTENSION ARTERIAL, PROSTATECTOMIA TOTAL POR HIPERPLASIA,

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3829

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: JORGE ANTONIO HOYOS DOCUMENTO: 16.683. 188 EDAD: 64

DIRECCIÓN: CALLE 7 # 4-38 BARRIO FUNDADORES EPS: CAPITAL SALUD- SUBSIDIADO RH: O+

ENFERMEDADES: NO: _____ SI: X CUÁLES: DISCAPACIDAD VISUAL (PERDIDA TOTAL DE LAVISION)

MEDICAMENTOS: NO: X SI: _____ CUÁLES: NO TOMA MEDICAMENTOS

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							73		73			77		77			73		68			74		68	
SAT. OXIGENO							96		97			96		97			96		96			97		96	
TENSION ARTERIAL							116/93		119/97			113/89		115/85			119/87		116/90			120/82		118/86	

OBSERVACIONES GENERALES: DX MEDICO DISCAPACIDAD VISUAL (PERDIDA TOTAL DE LAVISION)

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

5-7

3830

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: JORGE ELIECER HOZMAN ALFEREZ **DOCUMENTO:** 2.00.015.822 **EDAD:** 57

DIRECCIÓN: CLL 19 # 5-57 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** DISCAPACIDAD INTELECTUAL, FISICA, MENTAL Y MULTIPLE

MEDICAMENTOS: NO: X **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		75		80	86		74		82		80		84			78		76	
SAT. OXIGENO						97		96		98	97		96		98		97		99			95		98	
TENSION ARTERIAL						130/82		140/78		145/84	138/79		128/78		132/82		135/74		138/78			133/84		135/76	

OBSERVACIONES GENERALES: DISCAPACIDAD INTELECTUAL, FISICA, MENTAL Y MULTIPLE.

Patricia Sanab[illegible] M.
C.C. 1.122.123.723
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

58

3831

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: JOSE ANTONIO ANDRADE **DOCUMENTO:** 3281004 **EDAD:** 83

DIRECCIÓN: CLL 17 # 11-08 BARRIO VILLA LUZ **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: X **SI:** ____ **CUÁLES:** HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** TAMSULOSINA TAB 0.4MG.

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						78		68		72	76		74		82		78		76		84		86		82
SAT. OXIGENO						97		98		96	97		96		98		100		99		97		98		96
TENSION ARTERIAL						125/75		130/80		122/76	120/72		120/78		122/68		125/78		127/79		120/82		122/78		120/79

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERPLASIA DE LA PROSTATA TAMSULOSINA TAB 0.4MG

Patricia Sanabria M.
AUX. ENFERMERIA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO



3832

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: JOSE CUSTODIO MORALES RODRIGUEZ **DOCUMENTO:** 484051 **EDAD:** 94

DIRECCIÓN: CR 4 # 7-50 BARRIO FUNDADORES **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** ENALAPRIL

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		65		70	72			76			82		86		68		74		76
SAT. OXIGENO						97		96		98	97			99			100		96		98		97		100
TENSION ARTERIAL						135/75		130/70		132/76	128/72			135/82			132/78		138/86		136/76		132/76		135/82

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL ENALAPRIL

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3833

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: JOSE IGNACIO MURCIA PINILLA **DOCUMENTO:** 482.731 **EDAD:** 88

DIRECCIÓN: CR 5 # 18-70 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O*
ENFERMEDADES: **NO:** _____ **SI:** X **CUÁLES:** PACIENTE RENAL CRONICO, ETAPA 4
MEDICAMENTOS: **NO:** _____ **SI:** X **CUÁLES:** FEBUXOSTAT 40MG

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						78		82		72		68		70		80		84		72		84		86	
SAT. OXIGENO						100		96		98		99		97		98		96		99		98		100	
TENSION ARTERIAL						128/78		132/74		122/82		125/72		124/84		123/84		125/73		122/82		128/84		125/78	

OBSERVACIONES GENERALES: PACIENTE RENAL CRONICO, ETAPA 4

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

3834

NOMBRE: JULIO ENRIQUE MIRANDA GARZON **DOCUMENTO:** 2398820 **EDAD:** 83

DIRECCIÓN: CLL 10 # 7-54 BARRIO PRIMAVERA **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** B^+

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

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

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		69		74	78			76		68		82		74		78		82	
SAT. OXIGENO						97		96		98	96			99		97		96		98		99		97	
TENSION ARTERIAL						130/78		139/68		132/72	138/84			133/78		132/78		134/79		127/73		135/80		130/78	

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL AMLODIPINO

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

3835

NOMBRE: LIDA GONZALEZ **DOCUMENTO:** 40420834 **EDAD:** 59

DIRECCIÓN: MZ 4 CASA 17 BARRIO PEDRO DAZA **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O-

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD.

MEDICAMENTOS: NO: X **SI:** __ **CUÁLES:** NO TOMA MEDICAMENTOS

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						68		72		66	76		72		75		78		70		82		68		74
SAT. OXIGENO						96		99		97	95		97		98		96		97		95		99		98
TENSION ARTERIAL						120/72		122/69		120/74	110/82		100/72		113/80		105/82		100/78		110/80		108/80		107/82

OBSERVACIONES GENERALES: ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

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

3836

NOMBRE: LUIS ARMANDO PRIETO GARZON **DOCUMENTO:** 17312342 **EDAD:** 69

DIRECCIÓN: CLL 23 # 4-07 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+

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

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

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		84		76	72		68		80		74		70		77		71		82
SAT. OXIGENO						99		97		96	97		99		98		100		97		96		95		99
TENSION ARTERIAL						110/78		122/69		120/72	125/70		124/79		126/81		122/80		120/78		125/80		120/76		124/79

OBSERVACIONES GENERALES: NINGUNA

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

64

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

3837

NOMBRE: LUIS ENRRIQUE ROMERO **DOCUMENTO:** 7817404 **EDAD:** 72

DIRECCIÓN: CALLE 15 # 4-35 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A^+

ENFERMEDADES: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS

MEDICAMENTOS: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** LOSARTAN, METFORMINA,ACIDO ACETILSALICILICO

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					77		78		82		86			82		78		74		82		78		74	
SAT. OXIGENO					98		97		99		96			97		96		98		97		100		99	
TENSION ARTERIAL					117/77		110/74		100/68		115/78			120/80		122/78		126/78		110/72		125/80		120/84	

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

65

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

3838

NOMBRE: LUIS EUDORO PINEDA MANCERA **DOCUMENTO:** 473945 **EDAD:** 83

DIRECCIÓN: CASA 58 MEJOR VIVIR **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, AMPUTACION DE LA PARTE DISTAL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO

MEDICAMENTOS: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** DIMENHIDRINATO , BETAHISTINA 16MG,

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						68		72		76	74		75		78		81		70		74		77		80
SAT. OXIGENO						99		97		98	96		95		97		99		100		98		97		96
TENSION ARTERIAL						120/78		125/76		122/79	110/84		128/70		125/80		125/78		128/90		125/78		128/82		125/84

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, AMPUTACION DE LA PARTE DISTAL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO

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

3839

NOMBRE: LUIS FRANCISCO REY CASTRO **DOCUMENTO:** 3281176 **EDAD:** 81

DIRECCIÓN: CR 7 # 2-63 BARRIO CAMOA **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: X **SI:** ___ **CUÁLES:** NINGUNA

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

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							84		80		68		72		78		75		65		82		70		77
SAT. OXIGENO							98		100		97		98		96		98		97		99		98		100
TENSION ARTERIAL							130/78		122/82		134/80		125/76		136/82		130/75		128/78		138/82		132/80		128/82

OBSERVACIONES GENERALES: NINGUNO

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3840

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: LUIS FRANCISCO VARELA REYES **DOCUMENTO:** 3.207.524 **EDAD:** 72

DIRECCIÓN: MZ B CS 56 BARRIO PARAÍSO **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** o+

ENFERMEDADES: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** ENALAPRIL

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						70			76		82			72		75		68		74		80		78	
SAT. OXIGENO						99			98		97			96		98		97		99		100		96	
TENSION ARTERIAL						112/76			115/78		110/74			125/80		130/82		120/78		128/80		132/84		126/78	

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3841

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: LUIS GONZALO MUÑOZ **DOCUMENTO:** 3.282.200 **EDAD:** 78

DIRECCIÓN: CR 6 # 3-12 BARRIO CAMOA **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** LOSARTAN

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						83		86		84	78			72		78		68		74		80		75	
SAT. OXIGENO						97		99		96	97			96		98		100		99		96		100	
TENSION ARTERIAL						106/64		100/72		110/76	115/68			125/80		130/82		122/76		126/80		130/82		128/78	

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO



3842

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: LUZ ELENA CRUZ **DOCUMENTO:** 21.202.075 **EDAD:** 76

DIRECCIÓN: CALLE 15 # 5-36 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** _____

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

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** LOSARTAN 50MG, ACIDO ACETILSALICILICO 100MG, FURASEMIDA 40MG, ACIDO ASCORBICO 500MG, OMEPRAZOL 20MG, CALCITRIOL 0,25MG.

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						63		66		72	68			78		74		72		70		82		73	
SAT. OXIGENO						99		98		100	97			96		95		97		99		96		100	
TENSION ARTERIAL						140/89		132/80		138/79	135/72			128/82		132/84		126/78		130/82		128/80		134/84	

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3843

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: LUZ FANY GUEVARA NOVOA **DOCUMENTO:** 52.092.006 **EDAD:** 60

DIRECCIÓN: CLL 17 # 4-50 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A^+

ENFERMEDADES: NO: X **SI:** ___ **CUÁLES** : NINGUNA

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

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		78		79	82			72		68		80		65		78		82	
SAT. OXIGENO						98		96		94	97			96		98		94		97		96		98	
TENSION ARTERIAL						110/82		100/76		110/74	120/80			120/80		118/78		125/82		120/78		115/76		120/84	

OBSERVACIONES GENERALES: _____

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3849

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: LUZ MARINA JAIME RODRIGUEZ **DOCUMENTO:** 21.201.532 **EDAD:** 67

DIRECCIÓN: MZ 6 CASA 66 BARRIO VILLA DEL PILAR **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** DIABETES MELLITUS

MEDICAMENTOS: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** JANUMET, DAPAGLIFOCINA

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						80		86		78	76			72		68		82		70		78		68	
SAT. OXIGENO						96		97		99	98			97		96		98		100		99		97	
TENSION ARTERIAL						94/58		106/60		102/66	108/72			125/80		120/78		130/84		128/82		124/80		132/85	

OBSERVACIONES GENERALES: DIABETES MELLITUS

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

72

3845

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: LUZ MARINA MARTINEZ **DOCUMENTO:** 20.931.437 **EDAD:** 65

DIRECCIÓN: MZ D CS 24 URBANIZACION CIUDADELA **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** TROMBOSIS, HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: __ **SI:** X **CUÁLES:** FENITOINA SODICA 100MG, METOPROLOL TARTRATO 50MG, ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG, ATORVASTATINA 40MG.

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						68		72		74	78		68		72		75		86		70		77		82
SAT. OXIGENO						100		96		98	97		98		96		99		97		100		98		96
TENSION ARTERIAL						110/78		128/82		130/80	132/84		125/80		130/85		120/78		128/82		124/79		130/80		126/81

OBSERVACIONES GENERALES: TROMBOSIS, HIPERTENSION ARTERIAL

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

73

3846

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: LUZ MILA CRUZ LADINO **DOCUMENTO:** 21.199.350 **EDAD:** 77

DIRECCIÓN: MZ 9 CASA 10 ALGARROBO **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** LOSARTAN, HIDROCLOROTIAZIDA

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						74		82		86	78			68		75		86		74		85		77	
SAT. OXIGENO						96		99		100	97			96		98		97		99		96		100	
TENSION ARTERIAL						120/70		122/76		115/82	119/86			125/86		120/78		135/85		122/75		128/80		124/76	

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3847

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARCELIA MENDOZA TAFUR **DOCUMENTO:** 21201939 **EDAD:** 65

DIRECCIÓN: CRA 5 # 18-34 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** NEUMONIA, ASTROSIS, OSTEOPOROSIS

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

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						79		82		76	84		72		75		68		86		74		76		76
SAT. OXIGENO						98		100		97	100		98		96		100		97		94		96		98
TENSION ARTERIAL						127/87		120/78		110/84	102/86		125/80		100/78		110/82		105/72		104/84		102/78		110/74

OBSERVACIONES GENERALES: NEUMONIA, ASTROSIS, OSTEOPOROSIS

Patricia Sanabria M.
C.C N22.125.723
R.G: SO-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3848

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARCO FIDEL CAMARGO **DOCUMENTO:** 17.351.161 **EDAD:** 76

DIRECCIÓN: CLL 13 # 3-33 BARRIO LIBERTADOR **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** DIABETES MELLITUS

MEDICAMENTOS: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** METFORMINA 850MG

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						78		76		82	86		72		75		68		80		76		71		74
SAT. OXIGENO						99		98		100	96		98		100		97		96		98		100		99
TENSION ARTERIAL						130/82		132/78		135/76	128/80		130/80		135/80		128/78		132/80		125/76		138/84		129/77

OBSERVACIONES GENERALES: DIABETES MELLITUS

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3849

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARGARITA SIERRA **DOCUMENTO:** 21.211.988 **EDAD:** 90

DIRECCIÓN: MZ 10 CS 16 BARRIO ALGARROBO. **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** ARTERIOSCLEROSIS ,ULCERA VARICOSA EN LOS DOS MIEMBROS INERIORES, DIBETES MELLITUS.

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

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						84		86		88	76		82		80		78		76		84		86		82
SAT. OXIGENO						100		99		97	96		98		100		99		96		98		100		99
TENSION ARTERIAL						120/80		122/78		115/82	118/72		120/78		125/82		122/76		120/77		128/84		120/70		129/98

OBSERVACIONES GENERALES: : ARTERIOSCLEROSIS ,ULCERA VARICOSA EN LOS DOS MIEMBROS INERIORES, DIBETES MELLITUS.

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3850

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARIA ARGENIS SARAY MORENO **DOCUMENTO:** 21.200.976 **EDAD:** 72

DIRECCIÓN: CLL 16 # 13-32 VILLA LUZ **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, OSTEOPOROSIS.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** ROSUVASTATINA 40MG, LOSARTAN 50MG, METFORMINA 850MG.

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							84		76		86			72			78		82		68		85		74
SAT. OXIGENO							100		98		97			96			97		99		98		100		99
TENSION ARTERIAL							120/78		125/76		122/82			135/85			130/80		128/88		132/80		130/80		135/85

OBSERVACIONES GENERALES: DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, OSTEOPOROSIS

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3851

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARIA CANDELARIA RODRIGUEZ **DOCUMENTO:** 28.518.647 **EDAD:** 87

DIRECCIÓN: CR 5 # 15-60 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL, OSTEOPOROSIS.

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

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						84		78		76	74		72		68		80		74		78		82		76
SAT. OXIGENO						98		96		97	100		96		99		100		97		96		98		97
TENSION ARTERIAL						120/78		125/76		128/76	120/80		125/80		128/78		126/79		124/76		120/75		128/76		125/80

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL, OSTEOPOROSIS

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

FIRMA RESPONSABLE



FIRMA BENEFICIARIO

3852

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARIA DEL CARMEN VARGAS BUITRAGO **DOCUMENTO:** 21.200.862 **EDAD:** 78

DIRECCIÓN: CR 4# 10-67 BARRIO LIBERTADOR **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** DEMENCIA SENIL , ALZAHEIMER, VERTIGO

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

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						88		68		80	86		75		78		82		74		79		76		71
SAT. OXIGENO						100		98		96	98		97		99		97		99		96		98		100
TENSION ARTERIAL						125/82		120/76		128/84	126/84		126/77		129/79		125/79		125/78		128/82		122/76		128/78

OBSERVACIONES GENERALES: DEMENCIA SENIL , ALZAHEIMER, VERTIGO

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3853

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARIA DOLORES RAMOS **DOCUMENTO:** 23.801.646 **EDAD:** 71

DIRECCIÓN: CLL 12 # 4-66 BARRIO LIBERTADOR **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+

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

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

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							68		66		74		72		68		86		70		74		65		78
SAT. OXIGENO							99		96		97		96		98		100		99		96		99		96
TENSION ARTERIAL							100/78		110/76		120/80		125/80		130/85		120/78		118/75		122/79		132/84		126/80

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL

Patricia Sanabria M.
C.C. 1.122.125.723
R.C. 60-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO



3854

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARIA REINALDA GIL GUERRERO **DOCUMENTO:** 21.172.871 **EDAD:** 74

DIRECCIÓN: CR 6 # 21-34 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** SALUD TOTAL **RH:** B+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** LOSARTAN, AMLODIPINO.

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						86		78		76	68		75		70		74		69		77		71		73
SAT. OXIGENO						96		98		99	97		96		95		98		96		94		97		100
TENSION ARTERIAL						130/80		140/86		135/78	130/84		126/78		128/80		138/84		132/80		132/78		128/79		125/78

OBSERVACIONES GENERALES: DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL.

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

FIRMA RESPONSABLE

Reinalda Gil Guerrero

FIRMA BENEFICIARIO

87

3855

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARIA ROSALBA GONZALEZ GARCÍA **DOCUMENTO:** 21.200.552 **EDAD:** 74

DIRECCIÓN: CLL 23 A # 5-70 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL, CATETERISMO CARDIACO Y ANGIOGRAFIA.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** LOSARTAN, ROSUVASTATINA, CARVEDILOL.

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						68		66		72	76		75		86		77		74		82		76		75
SAT. OXIGENO						100		96		98	99		96		98		100		97		99		97		96
TENSION ARTERIAL						120/78		122/79		125/82	120/76		128/80		125/82		130/85		126/80		125/82		118/79		125/82

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL, CATETERISMO CARDIACO Y ANGIOGRAFIA .

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3856

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARIA RUBIELA RODRIGUEZ RODRIGUEZ **DOCUMENTO:** 28.545.883 **EDAD:** 78

DIRECCIÓN: CR 6 # 1E - 68 BARRIO CAMOA **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** NINGUNA

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

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						68		72		76	78		74		78		72		86		76		75		82
SAT. OXIGENO						100		98		97	99		96		98		96		99		97		100		99
TENSION ARTERIAL						120/72		135/82		130/86	128/76		125/78		126/78		134/81		128/82		125/78		130/80		133/81

OBSERVACIONES GENERALES: .

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

84

3857

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARIA TERESA DIAZ MUÑOZ **DOCUMENTO:** 51.599.518 **EDAD:** 70

DIRECCIÓN: CLL 22 # 4- 43 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL.

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

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						69		72		76	78		68		82		84		86		74		76		78
SAT. OXIGENO						96		99		98	100		97		96		98		100		96		97		99
TENSION ARTERIAL						130/78		135/84		128/82	130/86		125/80		118/75		122/78		115/74		122/75		120/76		126/80

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

85

3858

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARIA TERESA STELLA DE SILVA **DOCUMENTO:** 21.199.259 **EDAD:** 82

DIRECCIÓN: CR 5 # 14-71 ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, NEFROPATIA MIXTA, INCONTINENCIA URINARIA.

MEDICAMENTOS: NO: __ **SI:** X **CUÁLES:** NO INSULINORREQUIRIENTE, METFORMINA 850MG, AMLODIPINO 5MG, ACIDO SALICILICO 100MG, ATORVASTATINA 40MG, IRBESARTA 150MG, DAPAGLIFOCINA 10MG.

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							88		86		72		68		85		76		65		70		88		62
SAT. OXIGENO							100		97		96		98		96		98		97		99		98		100
TENSION ARTERIAL							130/78		138/84		135/85		132/84		128/80		132/84		135/84		122/76		126/79		124/78

OBSERVACIONES GENERALES: DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, NEFROPATIA MIXTA, INCONTINENCIA URINARIA

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

86

3859

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARIELA ARANGO **DOCUMENTO:** 21.201.345 **EDAD:** 80

DIRECCIÓN: TRASVERSAL 12 # 15-31 BARRIO VILLA LUZ **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** AB+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPRTENSION ARTERIAL, DISCAPACIDAD AUDITIVA, Y DE LENGUAJE.

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

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						76		78		82	84		79		75		82		77			80		72	
SAT. OXIGENO						100		98		96	97		96		98		96		95			97		99	
TENSION ARTERIAL						130/86		138/84		132/78	135/68		130/75		136/82		132/80		134/75			128/78		136/82	

OBSERVACIONES GENERALES: HIPRTENSION ARTERIAL, DISCAPACIDAD AUDITIVA, Y DE LENGUAJE

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

87

3860

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARIELA CLAVIJO FLOREZ **DOCUMENTO:** 21.173.288 **EDAD:** 75

DIRECCIÓN: CS 2 BARRIO MEJOR VIVIR **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, ASTROSIS SECUNDARIA, ULCERA DUODENAL, DERMATITIS, INCONTINENCIA FECAL, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, PROLAPSO RECTAL.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** OMEPRAZOL 20MG, JANUMET 50MG, METFORMINA 1000MG, BETAMETAZONA 00,5, VALSARTAN/SACUBITRILO 50MG, ESPIROLACTONA 25MG, ROSUVASTATINA 40MG,

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						88		86		82	78		68		72		76		82		68		66		78
SAT. OXIGENO						100		98		96	97		96		99		97		99		98		100		99
TENSION ARTERIAL						130/80		132/79		128/84	125/86		127/74		128/68		122/82		129/78		132/82		135/84		130/86

OBSERVACIONES GENERALES: : HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, ASTROSIS SECUNDARIA, ULCERA DUODENAL,DERMATITIS, INCONTINENCIA FECAL, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, PROLAPSO RECTAL.

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3861

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARTHA CECILIA PRADA BARRAGAN **DOCUMENTO:** 40.420.833 **EDAD:** 59

DIRECCIÓN: CALLE 4 # 3-102 BARRIO FUNDADORES **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** DISCAPACIDAD INTELECTUAL, PSICOSOCIAL, MULTIPLE, HIPERTENSION ARTERIAL, ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, RETRASO MENTAL MODERADO.

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

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						68		66		72	82		72		75		68		86		74		71		77
SAT. OXIGENO						97		98		100	99		98		96		99		97		99		100		96
TENSION ARTERIAL						120/69		122/72		120/72	122/68		119/78		126/84		116/73		118/77		115/74		122/79		120/80

OBSERVACIONES GENERALES: DISCAPACIDAD INTELECTUAL, PSICOSOCIAL, MULTIPLE, HIPERTENSION ARTERIAL, ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, RETRASO MENTAL MODERADO.

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

89

3862

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARTIN ROMERO **DOCUMENTO:** 3.280.117 **EDAD:** 86

DIRECCIÓN: MEJOR VIVIR CASA 47 **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, GLAUCOMA.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** AMLODIPINO+VALSARTAN, DAPAGLIFOZINA.

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						86		87		82	76		72		75		68		86			74		70	
SAT. OXIGENO						100		97		96	99		96		95		98		97			98		99	
TENSION ARTERIAL						120/86		125/78		120/68	122/76		135/80		138/82		130/78		128/76			134/80		136/82	

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, GLAUCOMA.

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3863

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MARIA OLGA REINA DE GONZALEZ **DOCUMENTO:** 21.200 .222 **EDAD:** 75

DIRECCIÓN: CRA-7-BARRIO PRIMAVERA **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A*
ENFERMEDADES: **NO:** _____ **SI:** X **CUÁLES:** HTA
MEDICAMENTOS: **NO:** _____ **SI:** X **CUÁLES:** LOSARTAN

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						86		84		86		78		76		88		84		82		79		76	
SAT. OXIGENO						100		98		97		99		96		98		100		99		96		98	
TENSION ARTERIAL						120/78		125/82		120/71		123/85		122/78		120/76		122/76		120/84		125/72		128/88	

OBSERVACIONES GENERALES: --------HTA----------

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3869

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: MIGUEL ANTONIO RODRIGUEZ CIFUENTES **DOCUMENTO:** 3.288.587 **EDAD:** 83

DIRECCIÓN: MZ O CS 22 BARRIO PEDRO DAZA **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

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

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** ROSUVASTATINA 40MG

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		76		78	84		72		75		80		74		78		71		76
SAT. OXIGENO						96		98		100	97		96		98		99		97		99		96		95
TENSION ARTERIAL						110/76		100/68		115/82	109/76		132/82		128/78		125/76		125/70		120/78		122/76		125/80

OBSERVACIONES GENERALES: VERTIGO

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3865

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: NANCY RODRIGUEZ MORALES **DOCUMENTO:** 21.202.657 **EDAD:** 67

DIRECCIÓN: CLL 4 # 1-68 BARRIO LOS ANDES **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** TRIGLICERIDOS ALTOS

MEDICAMENTOS: NO: X **SI:** _____ **CUÁLES:** NO TOMA MEDICAMENTOS

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						82		86		76	78		80		74		78		71		76		73		82
SAT. OXIGENO						100		99		96	98		97		96		98		100		97		98		96
TENSION ARTERIAL						100/72		101/68		115/82	102/76		120/78		125/76		128/79		120/72		122/74		118/82		120/78

OBSERVACIONES GENERALES: TRIGLICERIDOS ALTOS

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

93

3866

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: NICOMEDES CALDERON **DOCUMENTO**: 7.489.722 **EDAD:** 74

DIRECCIÓN: CR 7 # 20 - 08 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: X **SI:** ___ **CUÁLES:** NINGUNA

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

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						76		78		82	86		72		75		82		74		68		71		76
SAT. OXIGENO						97		96		99	100		98		97		96		98		100		99		97
TENSION ARTERIAL						100/86		102/74		109/72	108/82		125/80		128/78		126/79		122/82		110/84		100/86		115/78

OBSERVACIONES GENERALES: _____

Patricia [illegible] S.A.
C.C. 1.122.125.[illegible]3
R.G: 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

94

3867

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: OFELIA HERNANDEZ RICO **DOCUMENTO:** 24.709.075 **EDAD:** 70

DIRECCIÓN: CLL 10 # 7-68 BARRIO PRIMAVERA **EPS:** NUEVA EPS **RH:** B+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, ARRITMIA CARDIACA

MEDICAMENTOS: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** LOSRTAN, METOPROLOL, ACIDO SALICILICO, METFORMINA, DAPAGLIFOZINA, JANUMET, ROSUVASTATINA.

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						88		76		84	72		68		75		86		74		70		77		82
SAT. OXIGENO						97		99		98	100		97		96		99		100		96		97		95
TENSION ARTERIAL						120/82		122/78		132/84	130/80		125/82		118/78		122/80		135/88		126/80		128/84		130/85

OBSERVACIONES GENERALES: : HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, ARRITMIA CARDIACA

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

FIRMA RESPONSABLE

Ofelia Hernandez

FIRMA BENEFICIARIO

95

3868

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ORLANDO TORRES MORENO **DOCUMENTO:** 17.146.331 **EDAD:** 68

DIRECCIÓN: CALLE 1B # CRA5 BAJO CAMOA **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** DIABETES MELLITUS.

MEDICAMENTOS: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** INSULINADEPENDIENTE, JANUMET, ATORVASTATINA.

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						68		72		76	74			72			68		75		86		74		64
SAT. OXIGENO						100		96		98	97			97			96		98		95		96		99
TENSION ARTERIAL						115/68		120/80		125/86	120/84			125/80			130/82		128/75		126/69		129/81		125/76

OBSERVACIONES GENERALES: DIABETES MELLITUS

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO



3869

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: PEDRO ROBERTO PIRABAN **DOCUMENTO:** 480.157 **EDAD:** 103

DIRECCIÓN: CRA 7 # 8-74 BARRIO FUNDADORES **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: X **SI:** ___ **CUÁLES:** NINGUNA

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

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						86		84		78	76		72		75		68		78		82		70		74
SAT. OXIGENO						100		98		96	99		96		98		100		99		97		96		99
TENSION ARTERIAL						110/84		106/78		109/86	102/76		129/78		128/80		120/79		122/82		120/78		118/84		109/79

OBSERVACIONES GENERALES: NINGUNA

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

97

3870

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: RAFAEL ANTONIO LOPEZ **DOCUMENTO:** 5.909.708 **EDAD:** 83

DIRECCIÓN: CLL 20 # 4-35 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+

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

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

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						78		76		74	86		72		78		75		80			74		76	
SAT. OXIGENO						96		99		97	99		96		98		100		97			99		96	
TENSION ARTERIAL						130/80		135/86		130/82	138/78		132/80		135/82		128/78		138/84			130/79		126/75	

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

48

3871

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: RAFAEL AUGUSTO ARENAS NARVAEZ **DOCUMENTO:** 7.416.772 **EDAD:** 82

DIRECCIÓN: CLL 14 A # 9-02 BARRIO MAIPORE **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** DESNUTRICION, TRASTORNO DE LOS MUSCULOS.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** ENSURE 220ML.

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						78		76		72	79		75		68		86		84		82		84		86
SAT. OXIGENO						99		97		96	99		97		95		98		96		99		97		100
TENSION ARTERIAL						110/78		100/68		120/80	122/84		122/72		120/78		125/82		124/78		128/79		124/82		128/84

OBSERVACIONES GENERALES: DESNUTRICION, TRASTORNO DE LOS MUSCULOS.

Patricia Sanabria M.
C.C 22.125.723
R.G 150-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO



49

3872

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: REINEL CABRERA **DOCUMENTO:** 21.200 .222 **EDAD:** 75

DIRECCIÓN: CRA 7 # 3-34 BARRIO FUNDADORES **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
ENFERMEDADES: **NO:** X **SI:** ___ **CUÁLES:** N/A
MEDICAMENTOS: **NO:** X **SI:** _____ **CUÁLES:** N/A

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						67		69		78		84		76		69		66		72		69		78	
SAT. OXIGENO						100		99		98		96		100		96		98		97		96		98	
TENSION ARTERIAL						140/92		138/88		139/82		132/86		135/82		132/84		132/84		132/79		133/78		130/82	

OBSERVACIONES GENERALES:----------

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



FIRMA BENEFICIARIO

3813

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: RICARDO HERNANDEZ ROJAS **DOCUMENTO:** 19.138.944 **EDAD:** 74

DIRECCIÓN: CLL 15 # 6-39 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** TUBERCULOSIS PULMONAR TRADADA DESDE HACE 8 AÑOS, HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA,

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** VALSARTAN/ SACUBITRIO 50MG, ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG, ROSUVASTATINA 40MG, EPLERENONA 25MG, EMPAGLIFOCINA 10MG, BISOPROLOL 5MG, CLOPIDROGEL 75MG, OMEPRAZOL 20MG.

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		76		68	69			72		68		75		80		74		65	
SAT. OXIGENO						100		98		96	94			97		96		98		99		97		100	
TENSION ARTERIAL						120/82		128/86		122/78	123/72			125/80		130/85		120/78		135/85		128/82		122/79	

OBSERVACIONES GENERALES: TUBERCULOSIS PULMONAR TRADADA DESDE HACE 8 AÑOS, HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA,

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

101

3874

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 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES:** DISCAPACIDAD LEVE.

MEDICAMENTOS: NO: X **SI:** _____ **CUÁLES:** NO TOMA MEDICAMENTOS

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						76		68		74	80		72		68		80		70		74		77		69
SAT. OXIGENO						100		96		98	97		96		95		98		100		94		97		96
TENSION ARTERIAL						120/72		122/68		120/82	125/86		125/80		130/82		128/84		132/86		126/80		124/79		126/75

OBSERVACIONES GENERALES: DISCAPACIDAD LEVE.

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

102

3875

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ROSA ANGELINA VIRGUEZ DE ANZOLA **DOCUMENTO:** 23.805.219 **EDAD:** 87

DIRECCIÓN: MZ J CS 2 BARRIO PARAÍSO **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: _____ **SI:** X **CUÁLES** : DISCAPACIDAD VISUAL (PERDIDA TOTAL DE LOS 2 OJOS)

MEDICAMENTOS: NO: X **SI:** _____ **CUÁLES:** NO TOMA MEDICAMENTOS

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						76		78		84	86		72		75		78		76		79		72		78
SAT. OXIGENO						100		98		97	99		97		98		96		97		99		96		100
TENSION ARTERIAL						110/78		100/76		115/72	100/78		128/76		132/78		135/80		127/74		129/77		134/79		131/75

OBSERVACIONES GENERALES: DISCAPACIDAD VISUAL (PERDIDA TOTAL DE LOS 2 OJOS)

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3876

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ROSA IRENE RODRIGUEZ **DOCUMENTO:** 21.199.826 **EDAD:** 75

DIRECCIÓN: CLL 17 # 4 -52 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: X **SI:** ___ **CUÁLES:** NINGUNA

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

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						86		84		82	78		72		65		82		76		75		68		85
SAT. OXIGENO						100		98		96	98		96		94		97		100		96		99		97
TENSION ARTERIAL						120/86		128/78		129/76	132/78		125/80		130/85		120/78		122/79		126/81		125/74		124/82

OBSERVACIONES GENERALES: NINGUNA

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

104

38771

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ROSA MARIA HERRERA **DOCUMENTO:** 20.213.174 **EDAD:** 86

DIRECCIÓN: CALLE 1 B BAJO CAMOA **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

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

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** AMLODIPINO 5MG, LOSARTAN.

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						68		72		76	70		74		78		82		76		79		71		80
SAT. OXIGENO						96		99		98	100		97		96		98		100		99		97		96
TENSION ARTERIAL						132/86		130/80		135/78	132/84		125/78		130/80		136/86		134/82		138/84		128/80		132/82

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3878

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ROSALBINA CARDONA ALCALDE **DOCUMENTO:** 1.121.975.195 **EDAD:** 82

DIRECCIÓN: CLL 14 A # 9-02 BARRIO MAIPORE **EPS:** NUEVA EPS **RH:** A+

ENFERMEDADES: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA, TRASTORNOS EN LOS MUSCULOS.

MEDICAMENTOS: NO: ____ **SI:** X **CUÁLES:** WIPRO SN 40MG.

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						78		82		84	80		78		76		68		67		82		86		84
SAT. OXIGENO						100		99		96	98		95		97		98		96		100		98		99
TENSION ARTERIAL						110/76		120/78		122/72	126/82		120/79		124/84		118/76		120/83		122/78		125/84		128/86

OBSERVACIONES GENERALES: DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA, TRASTORNOS EN LOS MUSCULOS

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3879

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: TIBERIO ACERO **DOCUMENTO:** 3.281.860 **EDAD:** 77

DIRECCIÓN: CR 6 # 14-10 BARRIO LIBERTADOR **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

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

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

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						88		87		86	82		72		75		68		78		70		76		73
SAT. OXIGENO						100		97		99	96		99		97		96		99		98		100		95
TENSION ARTERIAL						132/82		130/78		136/84	135/78		125/80		120/78		122/76		124/79		126/81		122/76		120/82

OBSERVACIONES GENERALES: NINGUNA

Patricia Sanabria M.
C.C. 1.121.125.723
R.G. 50-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3880

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: VICTOR MANUEL MORENO **DOCUMENTO:** 17.351.326 **EDAD:** 73

DIRECCIÓN: CALLE 3 # 2-21 BARRIO LOS ANDES **EPS:** NUEVA EPS **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICAMENTOS: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** LOSARTAN, HIDROCLOROTIAZIDA, AMLODIPINO

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						86		78		72	82		75		68		86		78		74		71		76
SAT. OXIGENO						98		96		99	97		96		98		96		98		100		99		97
TENSION ARTERIAL						110/78		105/76		120/80	124/86		120/72		122/74		125/76		122/82		120/78		125/82		128/84

OBSERVACIONES GENERALES: HIPERTENSION ARTERIAL

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3881

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: VICTELIO PIZZA **DOCUMENTO:** 17.352.723 **EDAD:** 67

DIRECCIÓN: CR 5 # 18-70 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+
ENFERMEDADES: **NO:** _____ **SI:** X **CUÁLES:** TRASTORNO DE LA PROSTATA, TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA, TRASTORNOS ARTICULARES.
MEDICAMENTOS: **NO:** _____ **SI:** X **CUÁLES:** TRAMADOL CLORHIDRATO SOLUCION ORAL,100MG, PREGABALINA TAB 75MG.

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						86		84		89		78		68		82		86		84					
SAT. OXIGENO						96		100		98		99		97		98		99		96					
TENSION ARTERIAL						122/78		122/78		129/86		129/86		132/72		130/78		132/76		128/82					

OBSERVACIONES GENERALES: TRASTORNO DE LA PROSTATA, TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA, TRASTORNOS ARTICULARES.

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3882

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: YESID JOSE GUTIERREZ CARVAJAL **DOCUMENTO:** 3.280.759 **EDAD:** 83

DIRECCIÓN: CLL 3 # 5-08 BARRIO CAMOA **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** ALZAHIMER, PARKINSON.

MEDICAMENTOS: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** RENIMYL 8MG, CARBIDOPA 25MG, LEVODOPA 100MG, KETIAPINA 25MG, MEMANTINA 20MG, ESCITALOPRAM 10MG.

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						68		69		72	76		72		75		68		80			74		70	
SAT. OXIGENO						98		96		100	98		97		96		99		98			96		97	
TENSION ARTERIAL						120/86		122/82		128/78	120/80		130/75		135/80		132/78		128/70			122/74		136/76	

OBSERVACIONES GENERALES: ALZAHIMER, PARKINSON.

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

110

3883

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: YOLANDA AMAYA **DOCUMENTO:** 40.421.213 **EDAD:** 78

DIRECCIÓN: MZ 17 CS 23 BARRIO PEDRO DAZA **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:** O+

ENFERMEDADES: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** COLESTEROL ALTO.

MEDICAMENTOS: NO: X **SI:** ___ **CUÁLES:** NO TOMA MEDICAMENTOS

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						68		78		76	74		80		76		85		79		77		80		84
SAT. OXIGENO						100		97		98	96		97		98		100		99		96		98		97
TENSION ARTERIAL						120/78		122/79		120/80	115/86		120/78		122/76		120/82		115/73		118/82		111/78		120/79

OBSERVACIONES GENERALES: COLESTEROL ALTO.

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

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA BENEFICIARIO

3884

CONTROL Y SEGUIMIENTO ÁREA DE ENFERMERÍA
INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE: ZOILA ROSA CHAVARRO DELGADO **DOCUMENTO:** 41.518.519 **EDAD:** 75

DIRECCIÓN: CLL 4 # 6 - 43 BARRIO FUNDADORES **EPS:** CAPITAL SALUD **RH:**

ENFERMEDADES: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** HERNIA HIATAL HILL 3, GASTROPATIA ERITMATOSA CORPOROANTRAL, ARTROSIS DEGENERATIVA.

MEDICAMENTOS: NO: ___ **SI:** X **CUÁLES:** LUMBAL.

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						84		82		86	78		76		74		86		82		72		74		82
SAT. OXIGENO						100		97		96	98		99		97		100		99		96		98		97
TENSION ARTERIAL						120/82		122/78		100/76	110/86		100/70		110/74		115/78		120/82		122/76		120/78		125/68

OBSERVACIONES GENERALES: HERNIA HIATAL HILL 3, GASTROPATIA ERITMATOSA CORPOROANTRAL, ARTROSIS DEGENERATIVA.

Patricia Sanabria M.
C.C 1.122.125.723
R.G: 580-12119
AUX. DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE

Zoila Rosa Chavarro

FIRMA BENEFICIARIO

FUNDACIÓN ESPERANZA

NIT: 900.414.673-9

Para la Vida, la Paz y el Amor

3885

SEGUIMIENTO PSICOLOGIA

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

FORMATO DE VALORACIÓN INICIAL PSICOLÓGICO 3886

PROGRAMA ADULTO MAYOR

CENTRO VIDA ANITA BLANCO DE GUALTEROS

SAN MARTIN DE LOS LLANOS – META - 2025

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- Nombre completo: Jaime Daniel Trigor Aya
- Edad: 69 Sexo: ☐ Femenino ☒ Masculino ☐ Otro
- Fecha de nacimiento: 06 / 09 / 1956
- Documento de identidad: 17.351.571.
- Dirección de residencia: Cra 5N° 18-53 B. Once de Noviembre
- Teléfono / contacto: 3102717165
- Nivel educativo: Ninguno
- Estado civil: Soltero
- Vive con: Solo
- Cuidador principal (si aplica): N/A
- Parentesco: N/A

2. MOTIVO DE VALORACIÓN

(Describir brevemente el motivo de la valoración o la causa de la remisión)

La valoración se realiza como parte del seguimiento psicosocial del programa Adulto Mayor en el centro vida. Anita Blanco de Gualteros con el fin de identificar el estado psicosocial, Factores protectores y de riesgo del beneficiario

3. ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y OBSERVACIÓN

- Aspecto general y presentación personal:
  ☐ Acorde a la edad ☒ Descuidada ☐ Sobria ☐ Otro: _____
- Actitud frente a la entrevista:
  ☐ Colaboradora ☐ Reservada ☒ Apática ☐ Ansiosa ☐ Otro: _____
- Nivel de conciencia y orientación:
  ☐ Orientado ☒ Desorientado tiempo ☒ espacio ☐ persona
- Lenguaje y comunicación:
  ☐ Claro ☐ Lento ☒ Escaso ☐ Desorganizado
- Estado de ánimo predominante:
  ☐ Alegre ☐ Triste ☒ Irritable ☐ Ansioso ☐ Otro: _____
- Afectividad:
  ☐ Acorde ☐ Disminuida ☒ Exaltada ☐ Inadecuada al contexto

4. ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO

- Área cognitiva:
  Se encuentra desorientado en tiempo, espacio y persona, se le dificulta prestar atención, su lenguaje y pensamiento es desorganizado