Date Issue
25/10/2022

Note

DUPLICADO RESIDENTE
REEMPLAZA T.O 0041801

OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA



LOS RESIDENTES TEMPORALES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LOS ARTICULOS 5 Y 10 DEL DECRETO 2762 DE 1.991 SOLO PODRAN EJECUTAR LAS ACTIVIDADES Y POR EL TIEMPO PARA EL CUAL HAN SIDO AUTORIZADOS CON EL PORTE DE ESTA TARJETA.

THE TEMPORAL RESIDENTS IN ACCORDING TO THE ARTICLES 5 AND 10 OF THE DECREE 2762 OF 1.991 DURING THE TIME THEY HAVE BEEN AUTHORIZED CAN ONLY EXECUTE THE ACTIVITY THAT MOTIVATED THE CONFERRING OF THIS CARD.

0045256

©08/2003-41415

Scanned with CamScanner

Киевский
ордена Ленина
государственный
университет
имени Т. Г. Шевченко
Научная библиотека

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☑

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	
Nombres y Apellidos	JoSeth Grenard Struckman
Número documento de identificación	15240774 Edad 78

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☑ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3184121986

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad		Menor de Edad	
Adulto Mayor	X	Raizal	X
Mujer Gestante		Residente	

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☒ Almuerzo Local ☒ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☐ Transportes Diferencial ☐
Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual: _____

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Agradezco que se tengan estos espacios en San Luis con los Adultos mayores
Todas las Actividades recreacion
y enfermera.



Firma: JoSeth Grenard (OPCIONAL)

El Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Petición así: "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☑

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:			
Nombres y Apellidos	María Grenard.		
Número documento de identificación	39151879	Edad	86

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☑ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3124002396 mery (nieta)

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad	☐	Menor de Edad	☐
Adulto Mayor	☒	Raizal	☒
Mujer Gestante	☐	Residente	☐

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☒ Alimentario Local ☒ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☒ Transportes Diferencial ☐
Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual: _____

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Excelente actividad con los adultos mayores.

Firma: María Grenard (OPCIONAL)

El Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Petición así: "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☑

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:			
Nombres y Apellidos	Lindo Hudson Bowie		
Número documento de identificación	18.011.685	Edad	77

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☐ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil:

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad	☐	Menor de Edad	☐
Adulto Mayor	☐	Raizal	☐
Mujer Gestante	☐	Residente	☐

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☐ Alimentario Local ☐ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☐ Transportes Diferencial ☐

Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual _____

DESCRIPCIÓN

(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Siga abierto venir a distraer

Firma: Lindo Hudson B (OPCIONAL)

El Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Peticion así: "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta



780

	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL PROGRAMAS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES	

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☑

INFORMACION DEL CIUDADANO

Fecha:			
Nombres y Apellidos	Alcides Llamas Castillo		
Número documento de identificación	9062638	**Edad**	79

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☑ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3172387777

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad	☐	Menor de Edad	☐
Adulto Mayor	☒	Raizal	☐
Mujer Gestante	☐	Residente	☒

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☐ Alimentario Local ☒ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☐ Transportes Diferencial ☐

Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual: _____

DESCRIPCIÓN

(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Que siga abierto para tener una actividad que hacer no estar en casa.

me gusto mucho todo lo que se hizo

Firma: ✱ _____ (OPCIONAL)

El Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Petición así: "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta

781

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☐

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:			
Nombres y Apellidos	Randy Nelson Watson		
Número documento de identificación	15242380	Edad	69

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☒ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3155240876

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad	☐	Menor de Edad	☐
Adulto Mayor	☒	Raizal	☒
Mujer Gestante	☐	Residente	☐

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☐ Alimentario Local ☒ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☐ Transportes Diferencial ☐

Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual: _____

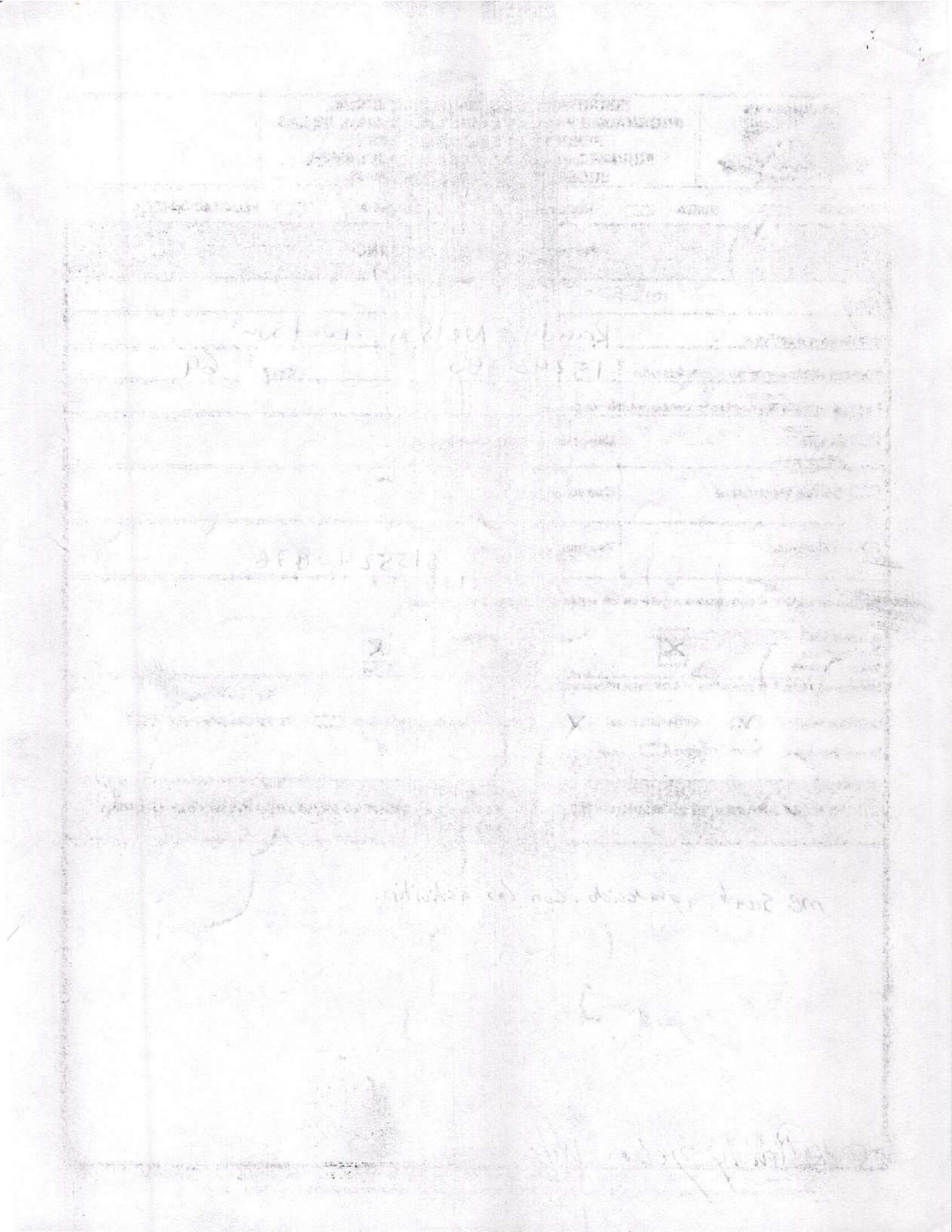
DESCRIPCIÓN

(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

me siento agradecido. Con las activitis

Firma: Randy Nelson Watson (OPCIONAL)

El Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Petición así: "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta



SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☑

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:			
Nombres y Apellidos	Julio Barrios Payares.		
Número documento de identificación	4034230	Edad	84

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☒ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3172695342

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad	☐	Menor de Edad	☐
Adulto Mayor	☒	Raizal	☐
Mujer Gestante	☐	Residente	☒

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☒ Alimentario Local ☒ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☐ Transportes Diferencial ☐
Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual: _____

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

quiero que siempre este abierto
Para venir a distraer me gusto las
saludas actividades

Firma: Julio Barrios Payares (OPCIONAL)

El Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Petición así: "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☑

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	
Nombres y Apellidos	Gustavo Hall Bernard
Número documento de identificación	4034432 Edad 79

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☒ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3165243671 Estel (Prima)

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad	☐	Menor de Edad	☐
Adulto Mayor	☒	Raizal	☒
Mujer Gestante	☐	Residente	☐

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☒ Alimentario Local ☒ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☐ Transportes Diferencial ☐
Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual _____

DESCRIPCIÓN

(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

me gusto que la entrenan me consentia
Y como atendian

Firma: Gustavo Hall Bernard (OPCIONAL)

El Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Petición así: Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta



SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☑

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:			
Nombres y Apellidos	Leticia Gordon de Corpus		
Número documento de identificación	23246674	Edad	85 Anos

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☑ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil:

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad	☐	Menor de Edad	☐
Adulto Mayor	☒	Raizal	☒
Mujer Gestante	☐	Residente	☐

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☐ Alimentario Local ☐ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☒ Transportes Diferencial ☐

Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual _____

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Good activity on Person

Firma: x Leticia P de Corpus (OPCIONAL)



El Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Petición así: "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☒

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:			
Nombres y Apellidos	Mario Lever Williams.		
Número documento de identificación	4033835	Edad	83 Años

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☒ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3156435390 Gissel Nieto

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales.

Discapacidad	☐	Menor de Edad	☐
Adulto Mayor	☒	Raizal	☒
Mujer Gestante	☐	Residente	☐

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☐ Alimentario Local ☒ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☐ Transportes Diferencial ☐

Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual _____

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

me gustaria Que este Programa Continue

Firma: Mario Lever Williams (OPCIONAL)

El Articulo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Petición así: "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interes general o particular y a obtener pronta

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☒

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	
Nombres y Apellidos	Eucebio Martinez Pomare
Número documento de identificación	15243721 — Edad: 67

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☒ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3165584085

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad	☐	Menor de Edad	☐
Adulto Mayor	☒	Raizal	☒
Mujer Gestante	☐	Residente	☐

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☐ Alimentario Local ☒ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☐ Transportes Diferencial ☐

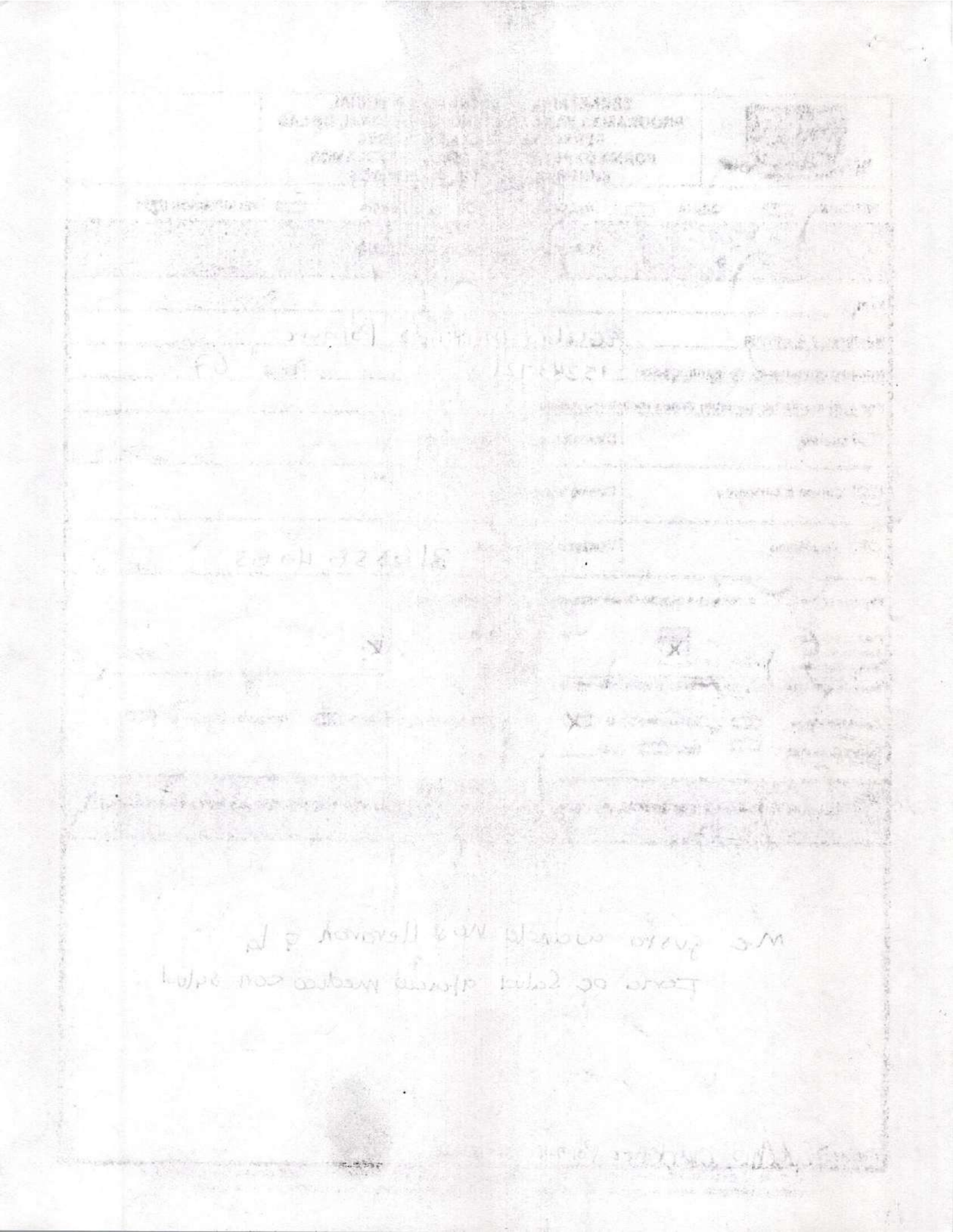
Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual,_____

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Me gusto cuando nos llevaron a la Feria de Salud atencio medico con salud

Firma: Eucebio Martinez Pomare (OPCIONAL)

El Articulo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Petición así: "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta



787

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☒

INFORMACION DEL CIUDADANO

Fecha:	
Nombres y Apellidos	Willingston Hooker martinez
Número documento de identificación	15242486 Edad 67
Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:	
☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☒ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 315535891 Nieta.

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad	☐	Menor de Edad	☐
Adulto Mayor	☒	Raizal	☒
Mujer Gestante	☐	Residente	☐

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☒ Alimentario Local ☒ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☐ Transportes Diferencial ☐
Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual _____

DESCRIPCIÓN

(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Excelente actividad en la playa cuando se bailo colocaro musica del epoca de uno.

Firma: Willinston Hooker (OPCIONAL)

El Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Petición así: Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☐

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	
Nombres y Apellidos	Luvis Angela Vizcaino
Número documento de identificación	22526854 **Edad** 69

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ **Escrito**	**Dirección de correspondencia:**
☐ **Correo Electrónico**	**Correo electrónico:**
☒ **Telefónico**	**Teléfono Fijo o móvil:** 3019004806

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad	☐	**Menor de Edad**	☐
Adulto Mayor	☒	**Raizal**	☐
Mujer Gestante	☐	**Residente**	☒

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☐ Alimentario Local ☒ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☐ Transportes Diferencial ☐

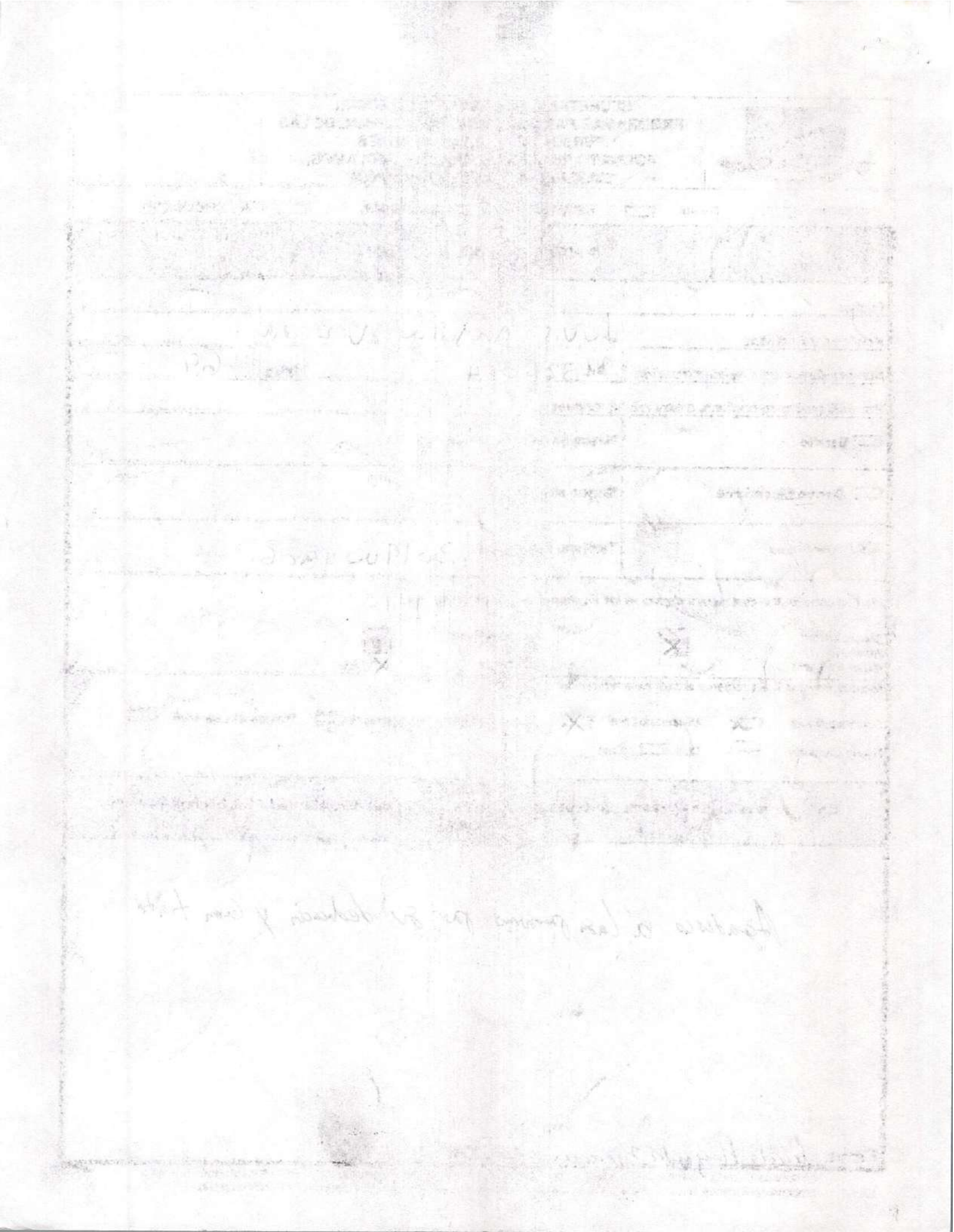
Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual: _____

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Agradesco a Las personas por su dedicacion y buen trato

Firma: Luvis Angela Vizcaino (OPCIONAL)

El Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Petición así: "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta



SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☑

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:			
Nombres y Apellidos	Erman Abrahams webster		
Número documento de identificación	4034429.	Edad	79

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ **Escrito**	**Dirección de correspondencia:**
☐ **Correo Electrónico**	**Correo electrónico:**
☐ **Telefónico**	**Teléfono Fijo o móvil:** 3197807547 Daniel (hijo)

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad	☐	**Menor de Edad**	☐
Adulto Mayor	☒	**Raizal**	☒
Mujer Gestante	☐	**Residente**	☐

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☐ Alimentario Local ☒ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☐ Transportes Diferencial ☐

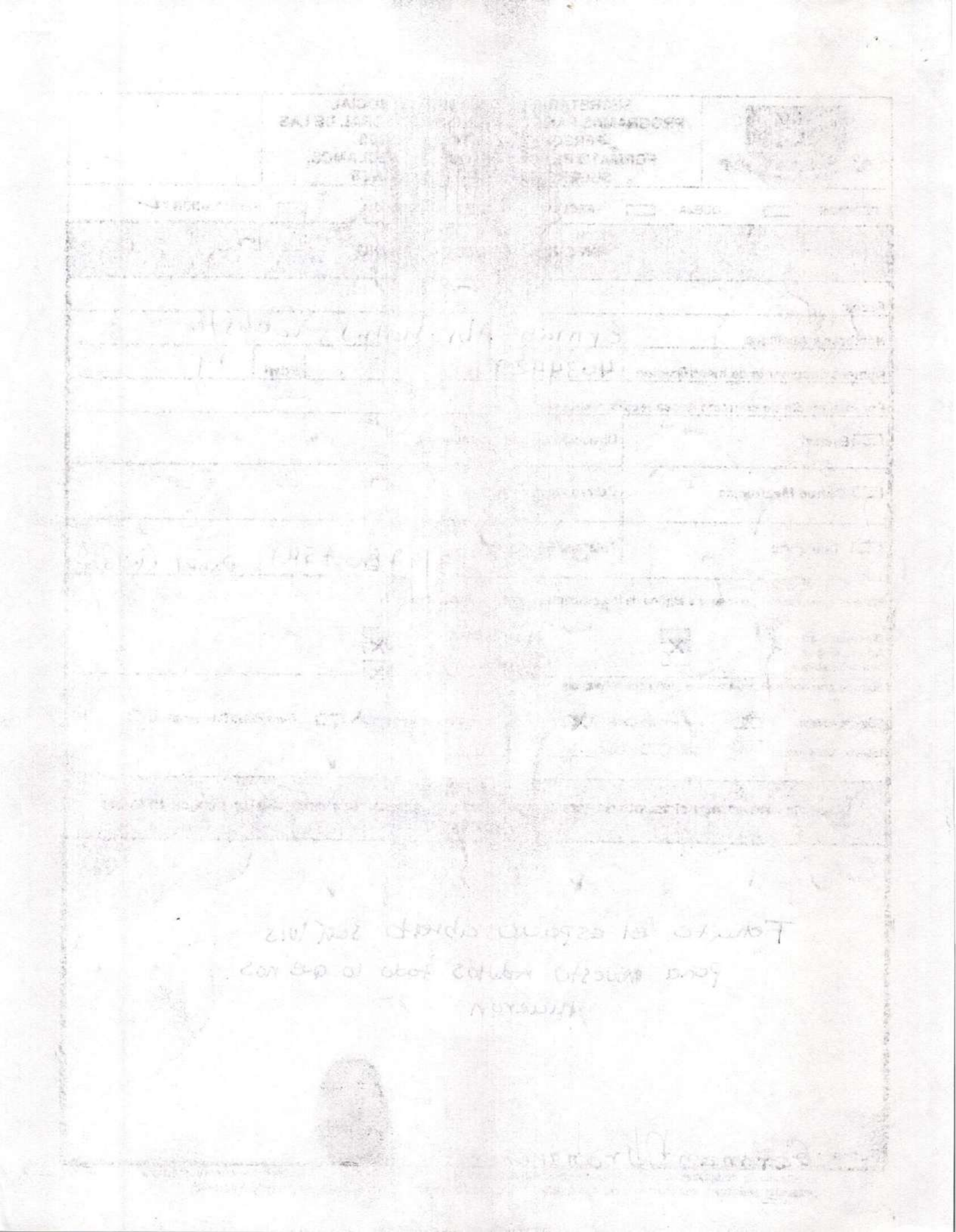
Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual:_____

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Frente el espacio abierto San Luis
para nuestro Adultos todo lo que nos
hicieron

Firma: Erman Abrahams (OPCIONAL)

El Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Petición así: "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta



SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMAS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☑

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	Honoria Ibañez Beltran
Nombres y Apellidos	
Número documento de identificación	39152584 **Edad**

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☑ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3142279352 maria (hija)

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad	☐	Menor de Edad	☐
Adulto Mayor	☒	Raizal	☐
Mujer Gestante	☐	Residente	☒

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☒ Alimentario Local ☒ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☐ Transportes Diferencial ☐
Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual _____

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Agradezco a Este programa por que nos Sentimos utiles

Firma: Honoria Ibañez (OPCIONAL)



El Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia consagra el Derecho de Petición así: "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta

791

	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES	

PETICION ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIÓN ☑

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:			
Nombres y Apellidos			
Número documento de identificación	Keith Kelly Wilson	Edad	75

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☑ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3124002396 Mery (hija)

Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:

Discapacidad	☐	Menor de Edad	☐
Adulto Mayor	☒	Raizal	☒
Mujer Gestante	☐	Residente	☐

Marque con una X el programa al cual hace referencia

Colombia Mayor ☐ Alimentario Local ☒ Clubes y/o Fraternidades Doradas ☐ Transportes Diferencial ☐

Nuevo Comienzo ☐ Otro ☐ Cual _____

DESCRIPCION

(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

me siento muy contenta con el trato

Y me gustaria que Beneficiaran mas adultos mayores

Firma: Keith Kelly Wilson (OPCIONAL)

El Articulo 23 de la Constitucion Politica de Colombia consagra el Derecho de Petición así: "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta

	CENTRO DIA ALDULTO MAYOR	FDESCAI

INFORME ACTIVIDADES DE LA COODINADORA

INFORMACIÓN GENERAL	
NOMBRE DEL PROFESIONAL	ONIS A. HOOKER O`NEILL
C.C	39154784
FECHA:	31 de diciembre de 2025

ACTIVIDAD	**OBJETIVO**
Se realiza visita y limpieza al centro día para empezar funciones.	Se realizó la limpieza del patio del Centro Día por parte de la Secretaría de Servicios Públicos y desarrollo social para poder dar inicio a las labores del centro día.
Se lleva a cabo la primera jornada de visitas a algunos adultos mayores del sector de San Luis.	Durante esta jornada no se obtuvieron resultados favorables, ya que la mayoría de los adultos mayores continúa manifestando su negativa a participar, por lo cual se hace necesario replantear la estrategia de abordaje. En esta misma fecha, se realiza la presentación ante el Dr. Alberto Saams B. gerontólogo que forma parte del proyecto.
Se lleva a cabo el segundo día de visitas a adultos mayores	Se lleva a cabo el segundo día de visitas a adultos mayores, con el fin de evaluar los avances y los detalles del proyecto para que se animen a participar y saber cómo es la dinámica.
Se asistió a reunión con desarrollo social y la fundación.	La jornada resultó muy positiva, ya que durante las visitas a otros adultos mayores la mayoría manifestó su disposición a participar. Se informa sobre este cambio en la actitud de los adultos mayores del sector, indicando que la mayoría se encuentra lista para integrarse al proyecto.
Se asistió a reunión con desarrollo social.	Otra jornada positiva, en la que se observa que se está logrando el objetivo planteado. Aún faltan seis adultos mayores por confirmar su participación. En esta fecha, se presenta la Sra. Ivonne Correal, quien se incorporará al equipo para trabajar en el proyecto.
visita adultos mayores sector San Luis	La jornada fue muy productiva, logrando los objetivos planteados. Actualmente, 22 adultos mayores han confirmado su asistencia al proyecto.

	CENTRO DIA ALDULTO MAYOR	FDESCAI

Visita al centro día y verificación del inventario.	Se supervisa el estado del Centro Día, así como la recepción de las sillas y del material destinado a la enfermería. (inventario de insumos).
Visita al centro Día	Se solicita la confirmación de asistencia de los participantes respecto a la fecha de inicio del programa del proyecto Centro Día Adulto Mayor, sector de San Luis.
Visita al centro Día Reunión en el cetro día	En esta jornada se realizó la visita de algunos miembros del programa de Adulto Mayor, acompañados por la coordinadora del programa de adulto mayor de la gobernación - Emperatriz O'Neill, con el fin de verificar el acondicionamiento del lugar y asegurar que sea óptimo para recibir a los adultos mayores.
	En esta jornada, se hace presentación del equipo de profesionales que se incorporan a trabajar junto con nosotros en el proyecto Centro Día y se ultiman detalles finales para dar inicio al proyecto.
1er Dia en el Centro Dia	A las 7:30 a.m. se da inicio a nuestra presencia en el Centro Día. Se realizó la presentación y bienvenida a todos los profesionales y colaboradores. Se ofreció una oración al Altísimo, pidiendo su gracia y bendición para este nuevo proyecto. Posteriormente, me reuní con Andrés, encargado del transporte, para iniciar el recorrido de recogida de los adultos mayores (A.M.). La actividad fue satisfactoria; Andrés aprendió rápidamente los nombres y direcciones de los participantes, demostrando cordialidad y atención hacia los adultos mayores. Siendo este el primer día de actividades con los adultos mayores, a las 9:00 a.m. se dio inicio formal: • Oración de apertura. • Presentación del equipo de profesionales. • Presentación de los adultos mayores ante el equipo. • Registro de asistencia de los adultos mayores presentes. • Breve explicación sobre los días de asistencia al centro y las actividades a realizar.

	CENTRO DIA ALDULTO MAYOR	FDESCAI

	La enfermera realizó su labor correspondiente, recopilando información de cada participante: nombres, huellas, cédula de ciudadanía, fecha de nacimiento, EPS, dirección de residencia, teléfono, Sisbén, signos vitales, edad, sexo, presión arterial y estatura. Después se dio el desayuno a los adultos mayores del centro día. **Valoración de profesionales:** Al ser el primer encuentro con los adultos mayores, se realizó una valoración inicial mediante técnicas de entrevista y observación para recopilar información detallada sobre cada participante. **Actividades del día:** • Almuerzo: todos los participantes almorzaron adecuadamente, manifestando satisfacción con la presentación, cantidad y calidad de los alimentos. Al finalizar las actividades, se realizó el retorno de los adultos mayores a sus respectivas residencias.
Actividad en el centro día	• Recogida de los adultos mayores (A.M.) para iniciar la jornada. • A las 9:00 a.m., se da inicio a las actividades del día. Se les da la bienvenida, expresando nuestra satisfacción por contar nuevamente con su presencia. • Se realiza una oración de apertura. • Registro de asistencia de cada uno de los adultos mayores. • La enfermera procede a tomar huellas, peso, presión arterial, saturación y signos vitales de los participantes. • Desayuno supervisado por la nutricionista Luz Jaramillo C. • Actividad motivacional a cargo del gerontólogo, junto con actividades cognitivas. • Valoración física y realización de actividad física, liderada por el profesor Waldir Vásquez.

	CENTRO DIA ALDULTO MAYOR	FDESCAI

	• Almuerzo servido a las 12:15 p.m. • Después se llevan a cabo juegos de dominó. Se realiza el recorrido de retorno de los adultos mayores a sus respectivas residencias.
Actividad en el centro día	• Ingreso al centro a las 8:30 a.m. • Oración de apertura, dando gracias y pidiendo bendiciones. • Registro de asistencia de los adultos mayores. • Actividad de enfermería: toma de huellas y signos vitales, incluyendo presión arterial y saturación. • Desayuno; en esta jornada llegó a tiempo y fue calificado como excelente por la nutricionista. • Actividad cognitiva: los participantes realizaron ejercicios de coordinación para construir un avión de papel, además de juegos de bingo. • Actividad física dirigida por el profesor Waldir, con resultados satisfactorios. • Almuerzo servido. • Manualidades, se entregó a cada participante una botella, explicando cómo pintarla y decorar con accesorios con un objetivo navideño. • Se inicia el recorrido de retorno de los adultos mayores a sus respectivas residencias.
Actividad en el centro día	• Ingreso al centro y saludos de bienvenida. • Oración de apertura, bendición y petición de la gracia de Dios. • Registro de asistencia de los adultos mayores. • Actividad de enfermería: toma de huellas y signos vitales, incluyendo presión arterial y saturación. Durante esta jornada se presentó un inconveniente con la Sra. María Grenard, quien tenía presión arterial muy alta y no había traído sus medicamentos. Se realizó una visita a su domicilio para recoger los medicamentos y administrárselos, logrando normalizar su estado. • Desayuno supervisado por la nutricionista. • Actividades con el gerontólogo: se realizaron juegos didácticos, los cuales fueron muy productivos y bien recibidos por los participantes.

	CENTRO DIA ALDULTO MAYOR	FDESCAI

	• Actividad física dirigida por el profesor Waldir; se realizaron ejercicios básicos mientras se espera la valoración individual de cada participante por parte de la fisioterapeuta Leonela A. Zapata. • Almuerzo. • Actividad cognitiva: realización de diferentes juegos entre los adultos mayores, utilizando técnicas para ejercitar la memoria. • **Nota:** Durante esta jornada se informó a los adultos mayores sobre la brigada de salud en el sector de Schooner Bight, programada para el día 13/12/2025, incluyendo la hora de transporte.
Actividad en el centro día	• A las 8:30 a.m., se llega al sitio del ICBF en Schooner Bight. Se recibió a los adultos mayores a medida que fueron llegando. • Se dio prioridad a su atención médica, pasando uno por uno por medicina general, internista, oftalmología, odontología y vacunación. • Se brindó una breve capacitación sobre hábitos alimenticios e higiene personal. • Se les explicó acerca de nuestro cultivo, su relación con la cultura local y los beneficios que aporta. • Durante la jornada, la Sra. Ofelia presentó niveles elevados de glucosa. Gracias a la pronta intervención de su hija, enfermera, se logró atender la situación adecuadamente. • Se procedió a servir el desayuno a los participantes. • Se promovió la interacción con el resto del personal presente. • La brigada de salud entregó un pequeño mercado a cada participante como apoyo. • Finalmente, se procedió a transportar a los adultos mayores nuevamente a sus casas. **Conclusión:** La primera semana de actividades con los adultos mayores en el Centro Día se desarrolló con éxito, siendo altamente satisfactoria en términos de asistencia, participación y organización.

	CENTRO DIA ALDULTO MAYOR	FDESCAI

Las semana siguiente hacemos las mismas actividades iniciales de programación, mas alguna otras actividades como :	• Actividad física: realización de ejercicios de estiramiento y caminata, con el objetivo de evaluar la capacidad funcional de cada adulto mayor. • Actividad cognitiva: ejercicios diseñados para obtener una comprensión integral del funcionamiento mental, emocional y cognitivo de los adultos mayores, orientando la atención psicológica e intervención de manera individualizada. Este proceso busca promover la participación activa, el bienestar y la calidad de vida de los participantes del proyecto Centro Día. • Psicología: realización de ejercicios para estimular la mente y la funcionalidad de las extremidades. Gerontología: actividades enfocadas en promover la autonomía, autoestima y calidad de vida de los adultos mayores.
Las semana siguiente hacemos las mismas actividades iniciales de programación, mas alguna otras actividades como :	• 9:30 a.m.: La fisioterapeuta realiza la valoración física de los adultos mayores, detectando tensión en los músculos del cuello en algunos participantes y ciertas limitaciones en las extremidades. Se inician ejercicios para evaluar movilidad, equilibrio, fuerza, coordinación y marcha. • Desayuno supervisado por la nutricionista. • Actividad cognitiva: se brinda psicoeducación emocional a los adultos mayores, con el objetivo de fortalecer la comprensión, manejo de la tensión y regulación emocional, fomentando el bienestar psicológico y la calidad de vida. • Celebración de cumpleaños: los señores Lindo y Gustavo H. cumplen años, realizándose una fiesta con la participación de Lorena V. y el grupo de recreación, resultando en un éxito total. • Información sobre actividades futuras: se comunica a los adultos mayores. Se realiza el transporte de regreso de los participantes a sus residencias.

	CENTRO DIA ALDULTO MAYOR	FDESCAI

Actividades varias adicionales:	• Charla sobre hábitos saludables impartida por la nutricionista. • Actividad cognitiva. • Caminata saludable – salida con los adultos mayores. • Spa y actividad de relajación, ocupando todo el espacio disponible para estas actividades. •
Manualidades	**Manualidades:** Durante esta actividad se logró finalizar la botella decorativa con motivo navideño. Los participantes se mostraron felices y orgullosos del trabajo que se venia realizando y ver el producto final.
Celebraciones	8:30 a. m. Llegada al Centro Día. Se realizan los saludos y la bienvenida. Registro de asistencia. Oración. Atención en enfermería. Celebración navideña: En este día tan especial, 24 de diciembre, se llevó a cabo una actividad diferente para los adultos mayores, consistente en una Celebración Navideña. Se brindó acompañamiento en un espacio de recreación y disfrute, promoviendo la participación activa y contribuyendo a la creación de un ambiente de unión, alegría y bienestar emocional.

	CENTRO DIA ALDULTO MAYOR	FDESCAI

RESULTADO FINAL

El desarrollo del proyecto Centro Día para Adultos Mayores del sector San Luis se ejecutó de manera satisfactoria, cumpliendo con los objetivos propuestos y generando un impacto positivo a nivel individual, grupal y comunitario.

A lo largo de las diferentes semanas de intervención se evidenció una evolución progresiva en la participación, adaptación y compromiso de los adultos mayores, quienes inicialmente mostraban resistencia y posteriormente manifestaron disposición, motivación y sentido de pertenencia hacia el programa.

Las actividades realizadas permitieron fortalecer el bienestar integral de los adultos mayores, abordando dimensiones físicas, emocionales, cognitivas y sociales. La atención en enfermería garantizó el seguimiento permanente del estado de salud, permitiendo la detección oportuna de situaciones de riesgo y la intervención adecuada en coordinación con las familias. De igual forma, el acompañamiento nutricional contribuyó a la adopción de hábitos alimenticios saludables y al control de condiciones crónicas.

Las intervenciones desde psicología y gerontología favorecieron la expresión emocional, el fortalecimiento de la autoestima, la regulación emocional y el desarrollo de habilidades de afrontamiento, evidenciándose una mayor integración grupal, mejora en la comunicación interpersonal y una participación más activa en las actividades propuestas.

Las actividades cognitivas y recreativas estimularon la memoria, la atención y la coordinación, promoviendo el envejecimiento activo y saludable.

Las actividades físicas y de fisioterapia contribuyeron al mantenimiento y mejora de la movilidad, el equilibrio y la capacidad funcional de los participantes, mientras que las actividades recreativas, salidas pedagógicas, celebraciones especiales y espacios de esparcimiento fortalecieron los lazos sociales, el sentido de comunidad y el bienestar emocional.

Así mismo, el proceso de adecuación y supervisión del Centro Día permitió contar con un espacio digno, seguro y funcional para el desarrollo del programa, facilitando la correcta ejecución de las actividades y la atención integral de los adultos mayores.

En conclusión, el proyecto Centro Día se consolidó como un espacio de cuidado, acompañamiento y bienestar, generando una experiencia positiva y enriquecedora para los adultos mayores, impactando favorablemente en su calidad de vida, autonomía, participación social y percepción de bienestar integral.

	CENTRO DIA ALDULTO MAYOR	FDESCAI

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

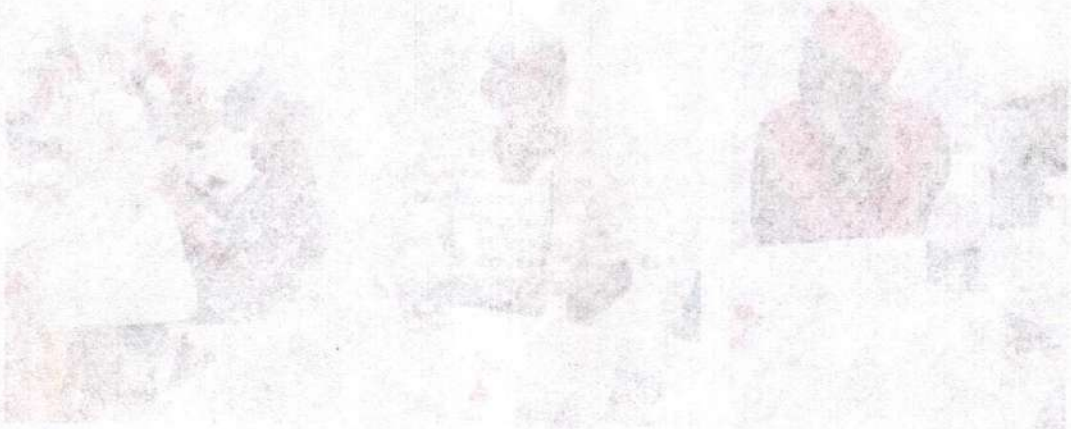
- MANUALIDADES





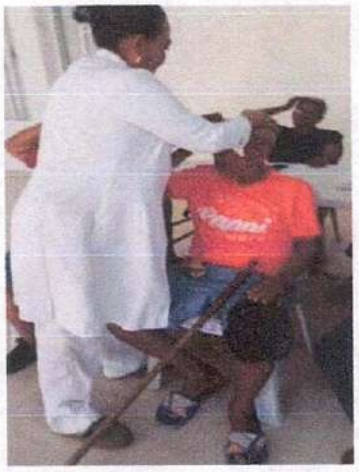
- ACTIVIDAD FISICA



	CENTRO DIA ALDULTO MAYOR	FDESCAI

- SPA





- GERONTOLOGO

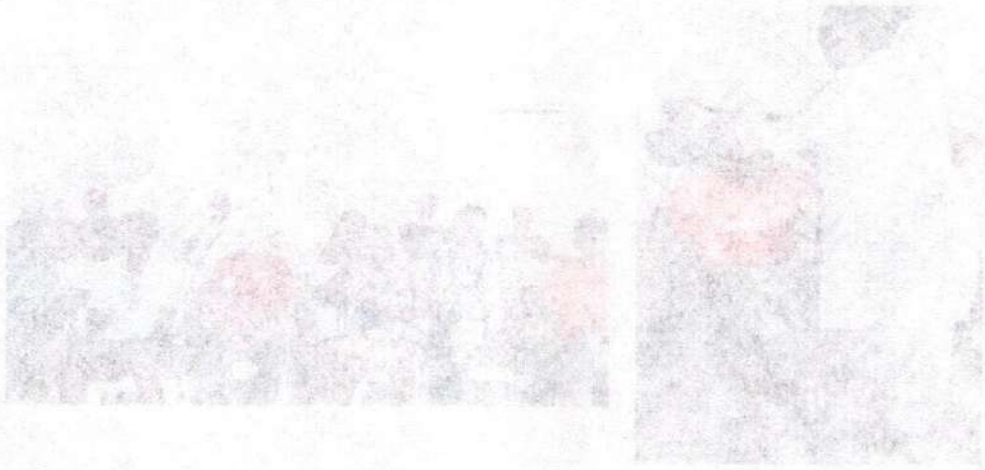


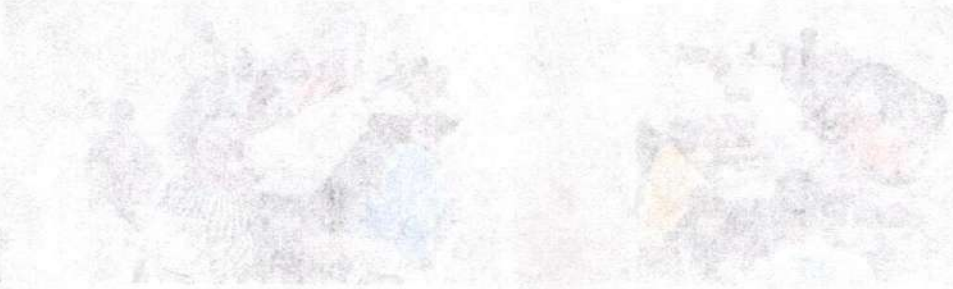


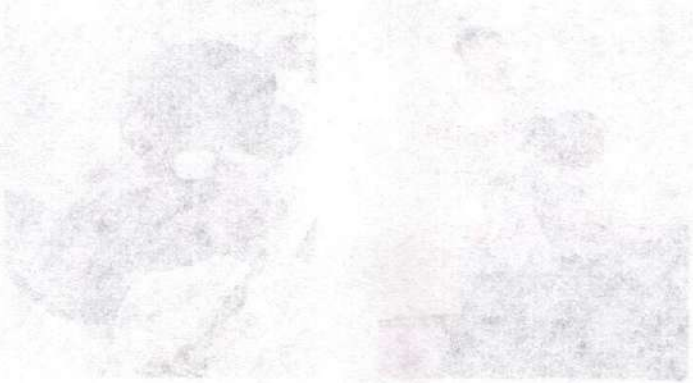
- FISIOTERAPEUTA











	CENTRO DIA ALDULTO MAYOR	FDESCAI

- ENFERMERIA





- CAMINATA SALUDABALE (RECORRDO LUCES AVIDEÑAS)

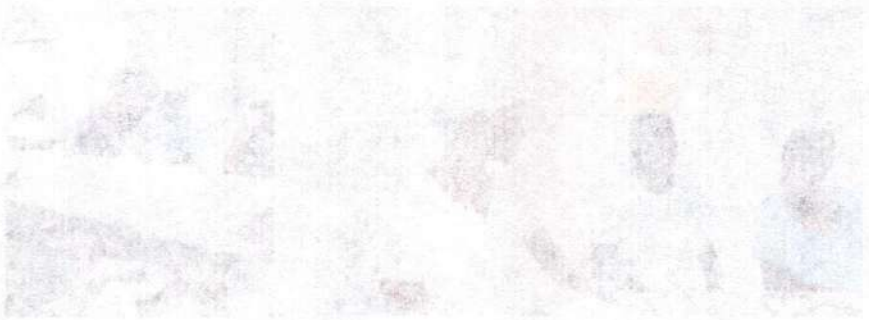


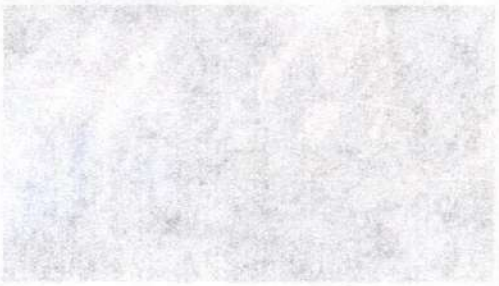


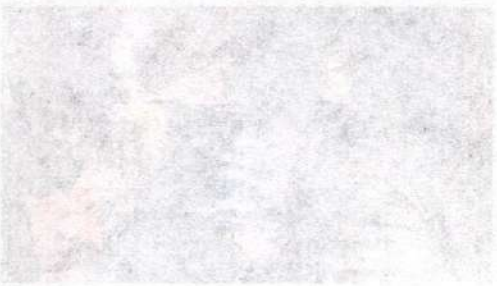
- CAMINATA SALUDABALE (MUSEO PIRATA)



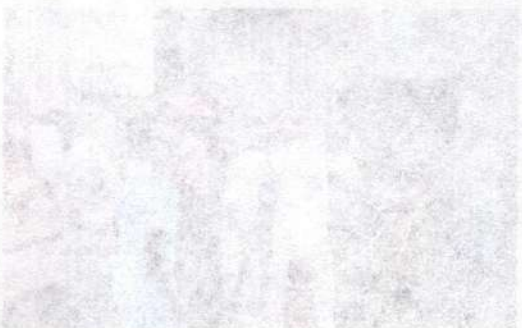












	CENTRO DIA ALDULTO MAYOR	FDESCAI

- PSICOLOGIA





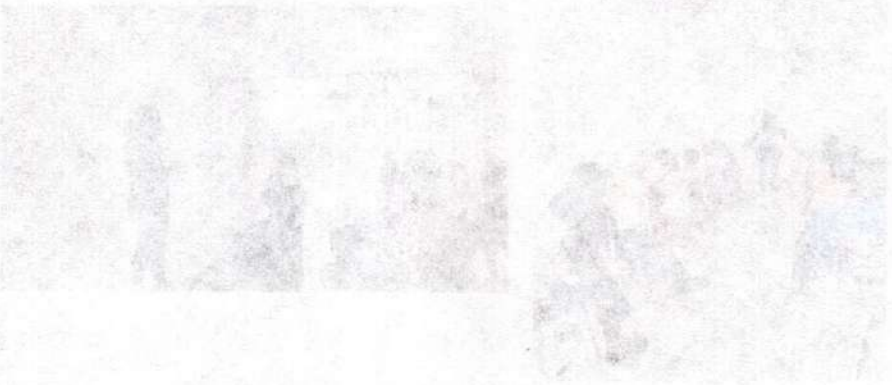
- ACIVIDAD COGNITIVA

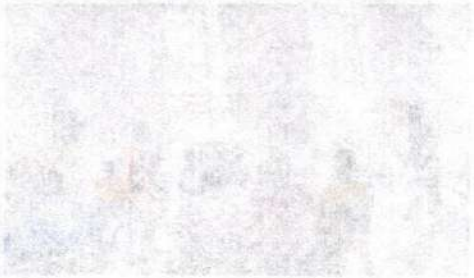


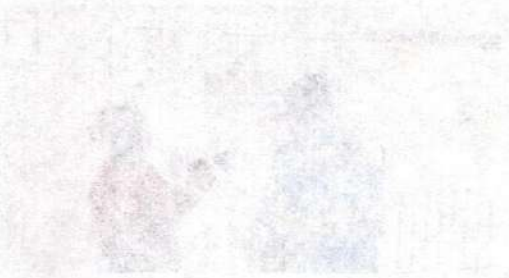


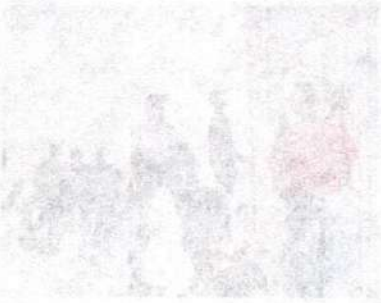


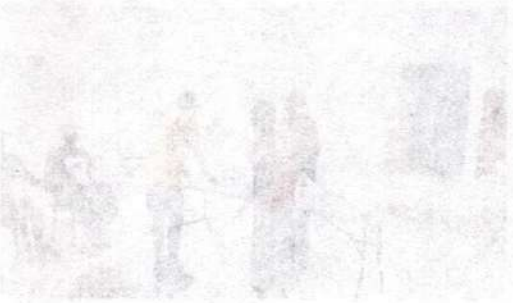












	CENTRO DIA ALDULTO MAYOR	FDESCAI

- VISITA A LOA ADULTOS MAYORES

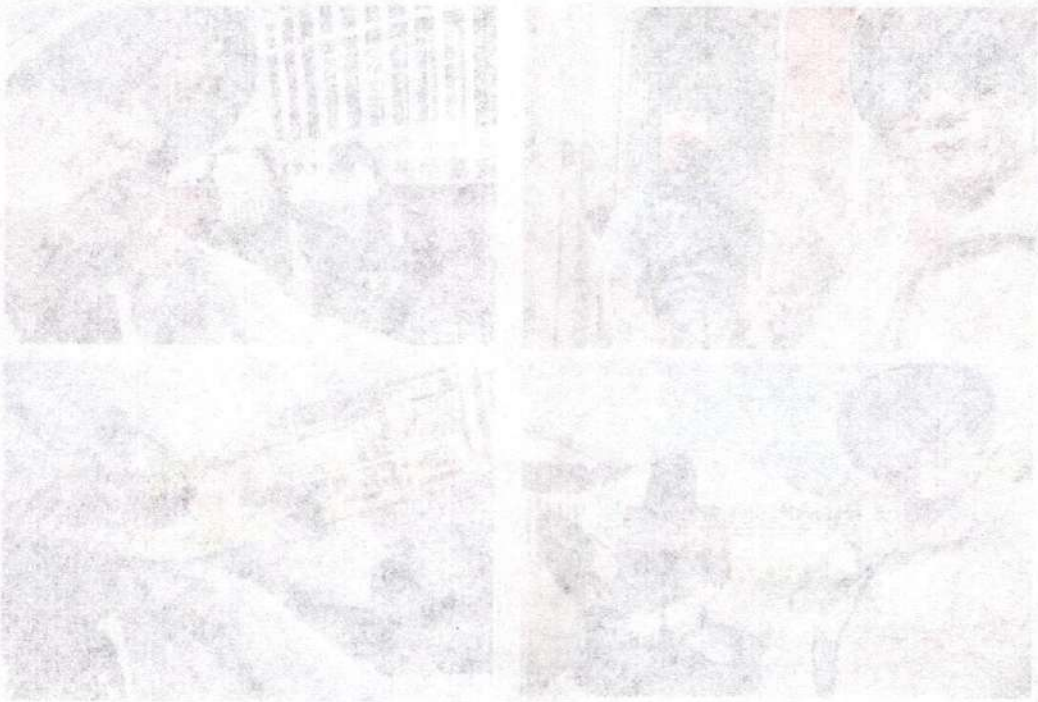





PROFESIONAL DE LA SALUD: ONIS ALPATRA HOOKER

NUMERO REGISTRO : 159188

FECHA : 31 DICIEMBRE DE 2025.



PAPPYER®

Producido por:
FABRIFOLDER S.A.S

COMPROBANTE EGRESO EFECTIVO

No. 05

CIUDAD	FECHA	DÍA	MES	AÑO	VALOR
San Andres Isla		30	12	2025	$ 18.479.850

PAGADO A: ONIS ALPATRA HOOKER O'NEILL

POR CONCEPTO DE: COORDINADORA "CENTRO VIDA" ADULTO MAYOR SAN LUIS.

LA SUMA DE: (EN LETRAS)

CONTABILIZACIÓN

CODIGO P.U.C.	CUENTA	DÉBITOS	CRÉDITOS

FDESCAI
NIT. 900746931-9

ELABORADO	APROBADO	CONTABILIZADO

CHEQUE No. | BANCO

SUCURSAL | EFECTIVO ☐

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Onis A. Hooker O'

C.C. ☒ NIT. ☐ No. 39.154.784

FECHA DE RECIBIDO | DÍA | MES | AÑO

FDESCAI

San Andres islas, 31 de Diciembre de 2025

CUENTA DE COBRO No. 005

Yo, Onis Alpatra Hooker Oneil (a) con cédula de ciudadanía No. 39.154.784, solicito el pago a FDESCAI con NIT. 900746931-9, por concepto de:

Prestación de Servicios profesionales al centro de adulto mayor, sector San Luis, por valor de $18,479,850 COP **(dieciocho millones cuatrocientos setenta y nueve mil ochocientos cincuenta pesos).**

Forma de pago: Efectivo

Atentamente,

Onis Alpatra Hooker Oneil

C.C. 39.154.784

San Andrés Islas, 31 de Diciembre de 2025

CUENTA DE COBRO No. 0001

Yo, Chris Alexis Hooker Oneil (a) con cédula de ciudadanía No. 39.184.764, solicito el pago a PECOA con NIT. 830746253-9, por el valor de:

Treinta millones de Pesos pronosticados al cierre de mayo, sector San Luis, por valor de $ 18.479.850 COP (dieciocho millones cuatrocientos setenta y nueve mil ochocientos cincuenta pesos)

Forma de pago: Efectivo

Atentamente,

Chris Alexis Hooker Oneil

C.C. 39.184.764

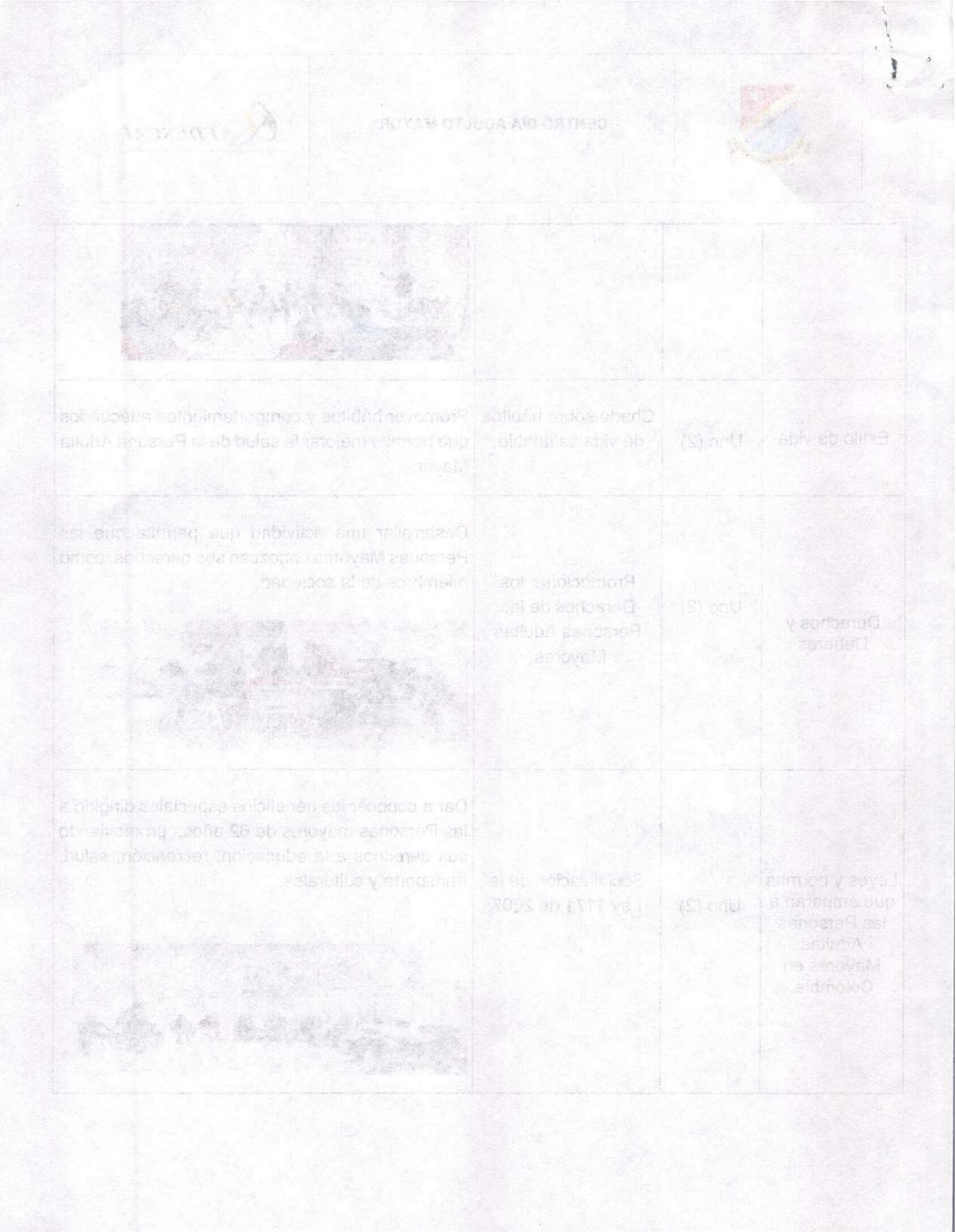
	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	FDESCAI

INFORME GERANTOLOGO CENTRO DIA			
Contratista	**ALBERTO SAAMS BENT**	C.C.	18002922 de San Andrés Isla
Objeto	Prestar servicios como profesional en Gerontología, que permite facilitar el envejecimiento activo y saludable, garantizando el bienestar físico, emocional y social de los beneficiarios.		

ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
Tema	**Cantidad**	**Actividades**	**Objetivo de la Actividad**
Envejecimiento y Vejez	Uno (2)	Charla educativa sobre Envejecimiento y Vejez	Educar sobre los cambios biopsicosociales que se van presentando a lo largo de la vida. Explicar la diferencia entre envejecimiento, vejez y adulto mayor. 
Envejecimiento Activo	Uno (2)	Promoción del Envejecimiento Activo	Brindar herramientas que permite fomentar la salud física, mental y social en la vejez; para prolongar la independencia y mejorar la calidad de vida.

	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	

			
Estilo de vida	Uno (2)	Charla sobre hábitos de vida saludable.	Promover hábitos y comportamientos adecuados que permite mejorar la salud de la Persona Adulta Mayor.
Derechos y Deberes	Uno (2)	Promocionar los Derechos de las Personas Adultas Mayores.	Desarrollar una actividad que permita que las Personas Mayores conozcan sus derechos, como miembros de la sociedad. 
Leyes y normas que amparan a las Personas Adultas Mayores en Colombia.	Uno (2)	Socialización de la Ley 1171 de 2007	Dar a conocer los beneficios especiales dirigido a las Personas mayores de 62 años, promoviendo sus derechos a la educación, recreación, salud, transporte y culturales. 



	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	FDESCAI

Autoestima	Dos (2)	Taller sobre Autoestima	Fortalecer la valoración personal, fomentar el autoconocimiento y promover un envejecimiento positivo. 
La memoria	Dos (4)	Taller de estimulación mental	Mantener la mente de las Personas Adultas Mayores activa, preservar y potenciar las funciones cerebrales, buscando ralentizar el deterioro cognitivo. 
La memoria	Uno (2)	Escuchar música del pasado	Mejorar la calidad de vida y bienestar emocional de las Personas Adultas Mayores.
Dinámicas	Ocho (16)	Dinámicas para Personas Adultas Mayores.	Estimular las capacidades físicas, cognitivas y emocionales de las Personas Adultas Mayores, con el fin de alcanzar autonomía y socialización. 

	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	FDESCAI

Recreación	Ocho (16)	Momentos de recreación	Mejorar la calidad de vida de las Personas Mayores, mediante el uso positivo de tiempo libre.
Otras Actividades	Cuatro (4)	- Visita al museo del pirata. - Actividad de amanecer saludable en la playa. - Celebración de cumpleaños. - Actividad Caminata alumbrados Navideños.	Participar activamente en las diferentes actividades programada, en beneficio de las Personas Adultas Mayores que asisten al Centro Día de San Luis. 

PROFESIONAL : GERANTOLOGO
NOMBRE : ALBERTO SAAMS BENT

811

PAPPYER®

Producido por:

FABRIFOLDER S.A.S

COMPROBANTE EGRESO EFECTIVO

No. 08

CIUDAD	FECHA	DÍA	MES	AÑO	VALOR
SAN ANDRES ISLA		30	12	2025	$ 11 059.060

PAGADO A: ALBERTO SAAMS BENT

POR CONCEPTO DE:

GERENTOLOGO, ATENCION A LOS ADULTOS MAYORES "CENTRO VIDA"

LA SUMA DE: (EN LETRAS)

CONTABILIZACIÓN

CODIGO P.U.C.	CUENTA	DÉBITOS	CRÉDITOS

FDESCAI
NIT. 900746931-9

ELABORADO	APROBADO	CONTABILIZADO

CHEQUE No. | BANCO

SUCURSAL | EFECTIVO ☐

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

C.C. ☐ NIT. ☐ No. 18.002 922

FECHA DE RECIBIDO | DÍA | MES | AÑO

812

FDESCAI

San Andrés islas, 31 de diciembre de 2025.

CUENTA DE COBRO No. 008

Yo, Alberto Saams Bent, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 18.002.922, solicito el pago a FDESCAI con NIT. 900746931-9 por concepto de:

Prestación de Servicios profesionales al centro de adulto mayor, sector San Luis, por valor de $ 11.059.066 COP (**once millones cincuenta y nueve mil sesenta y seis pesos).**

Forma de pago: Efectivo

Atentamente,

Alberto Saams Bent
C.C. 18.002.922

CENTRO DIA ADULTO MAYOR

FDESCAI

FUNDACION PARA EL DESARROLLO ECONOMICO SOCIAL Y CULTURAL DE LAS AGRUPACIONES ISLEÑAS – CENTRO DIA

Informe de Actividades de Enfermería

Durante el periodo se dio inicio al funcionamiento del Centro Día para Adultos Mayores en el sector de Sound Bay, con la participación de 20 adultos mayores. El objetivo principal fue brindar atención integral, promoviendo el bienestar físico, emocional y social mediante acciones de cuidado, prevención, participación y acompañamiento, fortaleciendo su autonomía, dignidad y calidad de vida.

La jornada diaria inició con una cálida bienvenida y el registro de asistencia mediante huella dactilar, garantizando inclusión para personas analfabetas. Posteriormente, se realizó control de signos vitales (TA, pulso, temperatura, etc.) y examen cefalocaudal para conocer el estado de salud al inicio de cada día. Asimismo, se brindó asistencia durante los tiempos de alimentación.

Otras actividades específicas realizadas : Identificación de signos y síntomas de alerta, apoyo en administración de medicamentos según indicación médica que cada adulto mayor lo requería, Movilización y apoyo que necesitaran para prevención de caídas, apoyo en actividades diarias, acompañamiento a las salidas y actividades de los otros profesionales.

Actividades destacadas:

- Entrevistas y tamizajes a los primeros 20 usuarios [illegible] identificar afecciones de salud y tratamientos en curso [illegible] complementó con llamadas a familiares y vecinos [illegible] adultos mayores desconocían el nombre de [illegible] patologías.

	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	FDESCAI

FUNDACION PARA EL DESARROLLO ECONOMICO SOCIAL Y CULTURAL DE LAS AGRUPACIONES ISLEÑAS – CENTRO DIA

Informe de Actividades de Enfermería

Durante el periodo se dio inicio al funcionamiento del Centro Día para Adultos Mayores en el sector de Sound Bay, con la participación de 20 adultos mayores. El objetivo principal fue brindar atención integral, promoviendo el bienestar físico, emocional y social mediante acciones de cuidado, prevención, participación y acompañamiento, fortaleciendo su autonomía, dignidad y calidad de vida.

La jornada diaria inició con una cálida bienvenida y el registro de asistencia mediante huella dactilar, garantizando inclusión para personas analfabetas. Posteriormente, se realizó control de signos vitales (TA, pulso, temperatura, etc.) y examen cefalocaudal para conocer el estado de salud al inicio de cada día. Asimismo, se brindó asistencia durante los tiempos de alimentación.

Otras actividades específicas realizadas : Identificación de signos y síntomas de alerta, apoyo en administración de medicamentos según indicación médica que cada adulto mayor lo requería, Movilización y apoyo que necesitaran para prevención de caídas, apoyo en actividades diarias, acompañamiento a las salidas y actividades de los otros profesionales.

Actividades destacadas:

- Entrevistas y tamizajes a los primeros 20 usuarios para identificar afecciones de salud y tratamientos en curso. Esta actividad se complementó con llamadas a familiares y vecinos, debido a que algunos adultos mayores desconocían el nombre de sus medicamentos o patologías.

PAPPYER®

Producido por:
FABRIFOLDER S.A.S

COMPROBANTE E

No. 010

CIUDAD	FECHA	DÍA	MES	AÑO	VALOR
SAN ANDRES ISLA		31	12	2025	$ 11.059.066

PAGADO A: SHORLEEN LIVINGSTON

POR CONCEPTO DE: ATENCION POBLACION ADULTA MAYOR "CENTRO VIDA" ENFERMERA

LA SUMA DE: (EN LETRAS)

CONTABILIZACIÓN

CODIGO P.U.C.	CUENTA	DÉBITOS	CRÉDITOS

FDESCAI
NIT. 900746931-9

ELABORADO	APROBADO	CONTABILIZADO

CHEQUE No. | BANCO

SUCURSAL | EFECTIVO

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Shorleen Livingston

C.C. [x] NIT. [ ] No. 4099317

FECHA DE RECIBIDO | DÍA | MES | AÑO

OTO

Sno PADRES ISLA 31 12 2025 11 Oct 086

STOPLEEN LUINESTON

ATENCION PODANEGON AGUDA MEDIC UNITED VIDA "ENTERNOLEA

FDESCAI
NIT. 900786031-9

SNorleen Livingston

- Charlas sobre la importancia de la correcta administración de medicamentos para garantizar la eficacia del tratamiento.

- Participación en jornada de salud organizada por la Secretaría de Salud en Schooner Bight, con valoración en diferentes especialidades (medicina general, medicina interna, medicina familiar, odontología, test de agudeza visual, entre otros).

- Caminata recreativa haciendo visita al Museo Pirata Morgan, ubicado en el antiguo Colegio Modelo Adventista.

- Acompañamiento al Tropical Park para disfrutar del alumbrado navideño, fomentando la socialización y el intercambio de experiencias.

- Amanecer Saludable : Actividad de cierre en la playa de Sound Bay, donde se evidenció un cambio positivo en los participantes, quienes expresaron su agradecimiento por el programa, destacando que les permitió sentirse útiles e importantes nuevamente.

Observaciones:

Durante los tamizajes diarios, se identificó un alto número de beneficiarios con diagnóstico de hipertensión bajo control médico. Sin embargo, tres usuarios (Mario Lever Williams, Randy Nelson Watson y Henrieta Moro Brant) manifestaron no padecer enfermedades, aunque presentaron cifras tensionales fuera de los rangos normales. Cabe resaltar que estos adultos mayores no cuentan con familiares o cuidadores que velen por su bienestar.

	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	FDESCAI

Recomendaciones:

- Profundizar en la identificación de patologías mediante entrevistas a familiares o vecinos, para garantizar que los beneficiarios realmente requieran el servicio.

- Implementar charlas educativas con enfoque didáctico para aclarar dudas sobre diagnósticos, administración de medicamentos y cuidados personales, considerando que algunos adultos mayores son analfabetas.

Conclusión:

Los participantes expresaron su gratitud por formar parte del programa, manifestando sentirse útiles e importantes al compartir con personas de su misma edad y recibir atención por parte de profesionales comprometidos y amables.

SHORLEEN LIVINGSTON SERRATO

Acta de inscripción: No 578

CC.40993017 - SAI

	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	FDESCAI

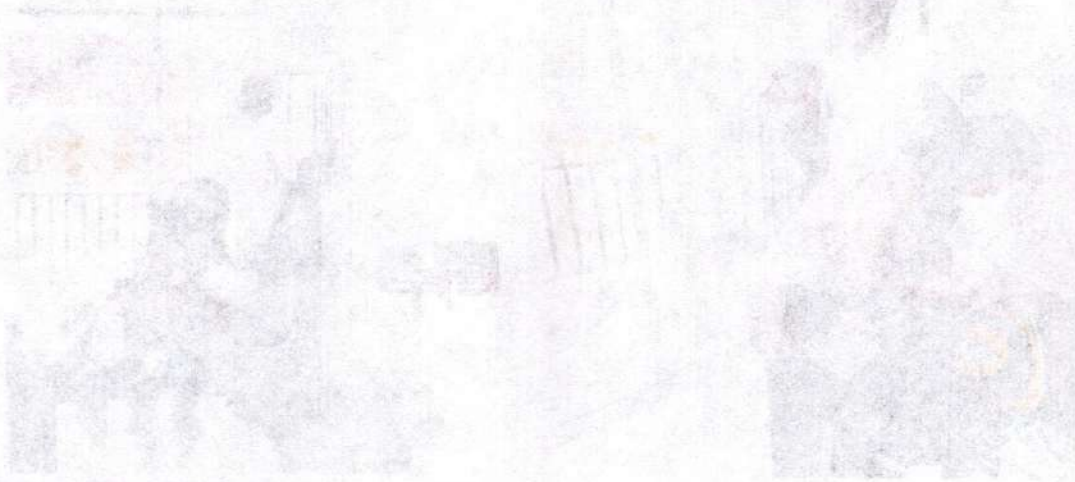
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

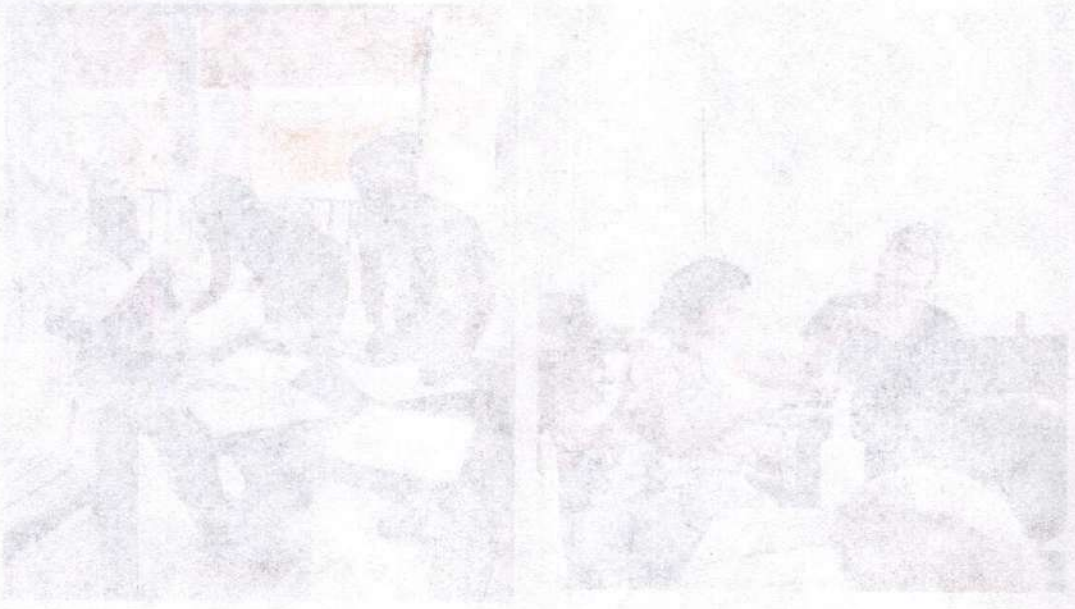












	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	FDESCAI



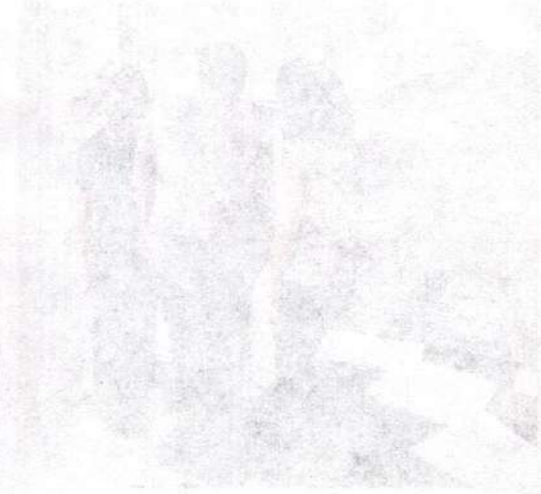


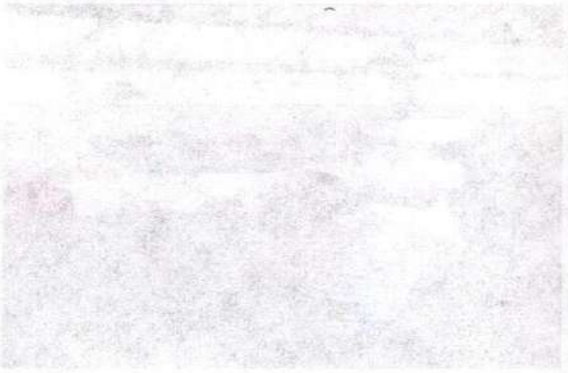


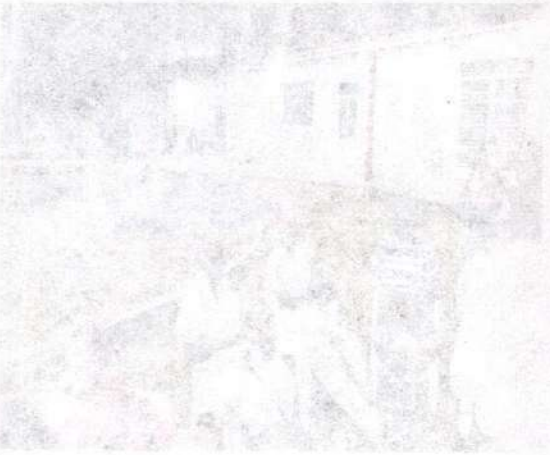










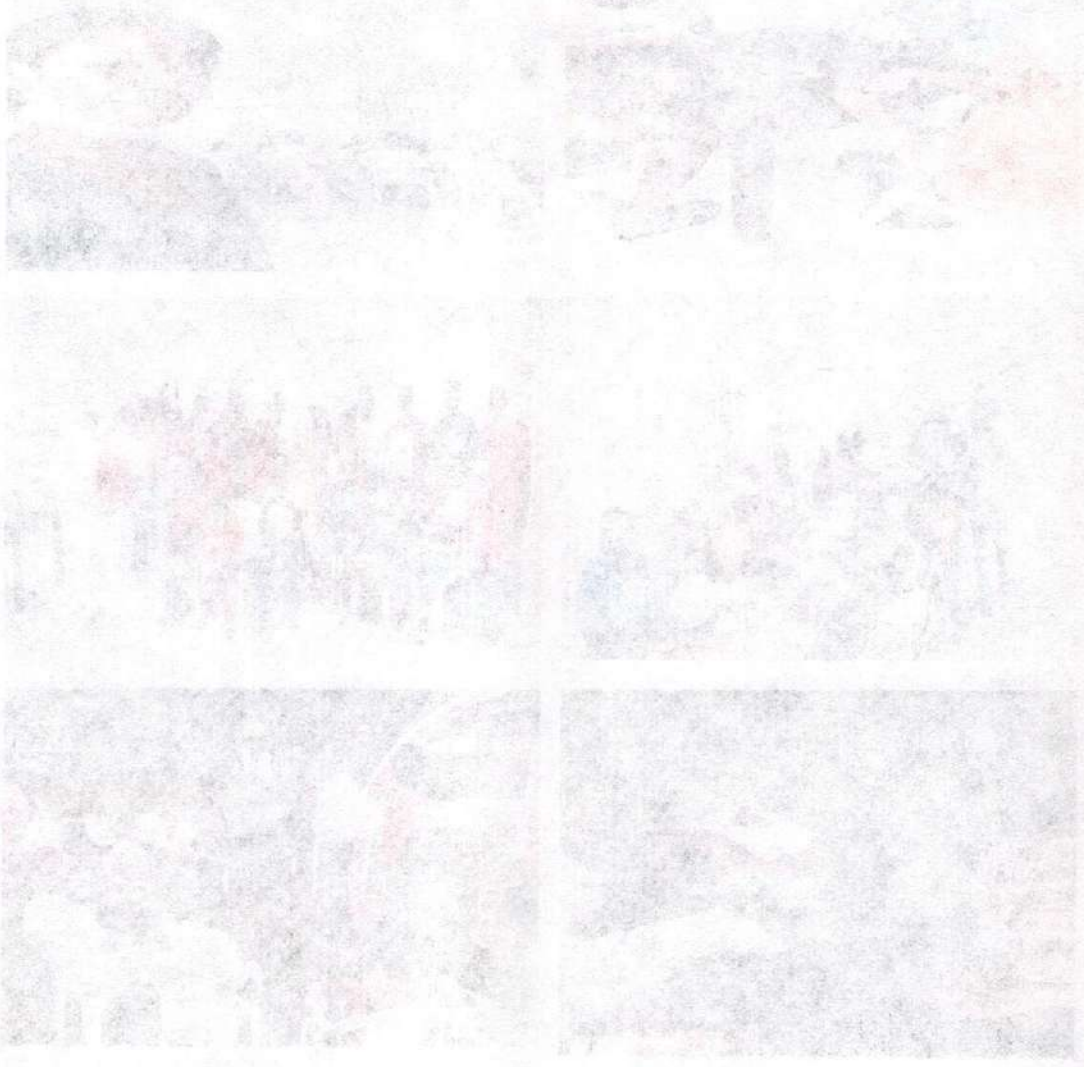


	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	FDESCAI







820

FDESCAI
Fundación para el Desarrollo Económico Social Y Cultural de las Agrupaciones Isleñas

San Andrés islas, 31 de diciembre de 2025.

CUENTA DE COBRO No. 010

Yo, Shorleen Livingston identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 40.993.017, solicito el pago a FDESCAI con NIT. 900.746.931-9, por concepto de:

Prestación de Servicios profesionales al centro de adulto mayor, sector San Luis, por valor de $11.059.066 COP (**Once millones cincuenta y nueve mil sesenta y seis pesos m/cte).**

Forma de pago: Efectivo

Atentamente,

SHORLEEN LIVINGSTON SERRATO
C.C. 40.993.017

FDESCAI

INFORME TÉCNICO DE GESTIÓN EN INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

PROGRAMA CENTRO DE VIDA – SECTOR SAN LUIS (SAN ANDRÉS ISLA)

1. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN

El presente documento constituye el informe técnico de la intervención nutricional liderada en el sector de San Luis, Isla de San Andrés. Esta labor se fundamentó en la atención integral al adulto mayor, considerando que esta etapa del ciclo vital exige una vigilancia nutricional estrecha para prevenir la fragilidad, la sarcopenia y las enfermedades crónicas no transmisibles.

La intervención se estructuró bajo la premisa de la pertinencia cultural, reconociendo que el sector de San Luis posee una identidad raizal profunda. Por ello, todas las actividades, desde la evaluación antropométrica hasta el diseño de ciclos de menús, fueron alineadas con los hábitos y la disponibilidad de alimentos locales, cumpliendo con la programación semanal definida por el equipo directivo y la coordinación profesional interdisciplinaria.

2. METODOLOGÍA DE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

La evaluación del estado nutricional se realizó mediante un proceso de concertación previa con la coordinación del equipo, garantizando una logística adecuada para la toma de medidas en dos momentos clave: inicial y final. Se utilizaron los siguientes indicadores para obtener un diagnóstico diferencial:

2.1. Índice de Masa Corporal (IMC) para el Adulto Mayor

A diferencia del adulto joven, los puntos de corte para esta población son más amplios para proteger contra el riesgo de desnutrición.

- **Peso Insuficiente (IMC < 23 kg/m²):** Se detectó una prevalencia del **50% (9 beneficiarios)** en esta categoría, lo que indica un riesgo elevado de desnutrición proteico-calórica.
- **Normalidad (IMC 23 - 28 kg/m²):** Un **33% (6 beneficiarios)** se encuentra en este rango de seguridad.
- **Sobrepeso y Obesidad (IMC > 28 kg/m²):** El **17% (3 beneficiarios)** presentó exceso de peso, destacándose un caso de obesidad grado III que requiere manejo restrictivo controlado.

2.2. Circunferencia de Brazo y Reserva Muscular (RM)

Este indicador es crítico para evaluar la masa magra. Se identificó que el **11% de la población** (como los señores Herman Abrahams y Julio Barrios) presenta un **déficit en la reserva muscular**. Este hallazgo fue el motor para diseñar menús con un aporte proteico de alto valor biológico.

2.3. Estructura Corporal y Contextura

Se evaluó la estructura ósea mediante el perímetro de muñeca, encontrando que el **50% posee una estructura grande** y el **44.4% mediana**, lo cual es característico de la morfología predominante en la población isleña y debe ser considerado al establecer el peso ideal.

Calidad de los Equipos y Estandarización de Medidas

Para el levantamiento de la información nutricional, se contó con una balanza mecánica de plataforma con estadiómetro incorporado. Aún así, se observó que este equipo presenta desafíos de manejo para la población adulta mayor, debido a la inestabilidad que puede generar el sistema de contrapesos y la plataforma móvil durante el momento en que el beneficiario debe ser subido dado que la mayoría cuenta con movilidad reducida. Si bien los datos obtenidos con este equipo se consideran la base del diagnóstico, se recomienda para futuras etapas del proyecto la transición hacia equipos digitales de alta precisión que faciliten el proceso de medición y reduzcan el margen de error intrínseco de los sistemas analógicos.

Por otra parte, las mediciones de perímetro de carpo (muñeca) y circunferencia de brazo se ejecutaron con un alto nivel técnico, utilizando una cinta métrica antropométrica que cuenta con verificación intermedia, lo cual permitió garantizar la precisión necesaria para el cálculo de la estructura ósea y la reserva muscular, resultados fundamentales de este análisis.

3. DISEÑO Y JUSTIFICACIÓN DEL CICLO DE MENÚS

El ciclo de menús fue diseñado bajo estándares de nutrición funcional y socializado con el Chef Operativo para asegurar su viabilidad en cocina y su aceptabilidad sensorial.

3.1. Rescate de Preparaciones Tradicionales

Se integraron alimentos típicos que forman parte de la soberanía alimentaria de la isla:

- **Journie Cake:** Utilizado en desayunos y refrigerios de salida por su alto valor energético y aceptación cultural.
- **Fish Ball (Bolitas de Pescado):** Incluidas en el menú de excursiones como una fuente de proteína magra, fósforo y ácidos grasos omega-3, esenciales para la salud cognitiva del adulto mayor.
- **Carimañola de Yuca y Enyucado:** Aprovechamiento de tubérculos locales que proporcionan energía de absorción lenta[333].
- **Bebidas Tradicionales:** Se incluyó el **Mint Tea** (té de menta o hierbas de la isla) y el **Sorrel** (Té de flor de jamaica), promoviendo la hidratación sin necesidad de azúcares añadidos.

Por el poco tiempo de intervención no se logró establecer controles de aceptabilidad, se propone en futuras etapas realizar una construcción conjunta con el grupo de atención de los ciclos de menú y realizar las pruebas organolépticas como parte de las actividades.

3.2. Adaptación para Excursiones y Salidas

Las salidas fuera del lugar de atención requieren menús con alta densidad nutricional y bajo riesgo de contaminación. Se propusieron sándwiches de atún con vegetales, nuggets de pollo horneados y frutas frescas como melón y manzana con gotas de limón para evitar la oxidación, sin embargo no se llegó a la implementación de éste tiempo de alimentación.

4. COMPONENTE EDUCATIVO: TALLERES DE EDUCACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (EAN)

La educación alimentaria y nutricional (EAN) se usa como puente entre la teoría clínica y la práctica diaria.

Taller 1: Rescate de la memoria y Alimentación vs. Nutrición

Este taller permitió a los beneficiarios comprender la diferencia entre estos términos y los proceso que se encuentran involucrados en cada uno, en la alimentación la conciencia-todo lo que hace antes de que el alimento llegue a la boca- y en la nutrición la funcionaidad orgánica- el trabajo interno para sacar la fuerza, comer grandes cantidades no garantiza nutrición. Se enfocó en identificar por qué algunos adultos mayores, a pesar de tener acceso a alimentos, presentan déficit de reserva muscular. Se enfatizó en la importancia del consumo de proteínas locales y fibras mediante dinámicas participativas "el viaje del pescado fresco y el viaje del calentado importado".

Taller 2: Cocinas tradicionales y prácticas sociales

Se trabajó sobre la identidad culinaria del archipiélago. La comida se analizó no solo como nutriente, sino como un acto social y de cultura identitaria.Se realizó un recorrido por los faire and dance, roundowns ,iepan party , serenades,cuyas mezclas de comida, música y danza se convierten en las formas de expresión de amistad y solidaridad como herencia cultural Se discutió cómo las preparaciones tradicionales pueden adaptarse a versiones saludables (utilizando aceites de girasol o canola y eliminando carnes curadas) sin perder su esencia raizal.

5. GESTIÓN ADMINISTRATIVA E INTERDISCIPLINARIA

La labor de nutrición se integró en la operación logística del Centro de Vida de las siguientes formas:

Seguimiento de Desayunos: Vigilancia directa de la calidad, temperatura y porcionamiento de los alimentos servidos según lo programado.

Interacción diaria con el Chef Operativo: Proceso de retroalimentación para realizar ajustes convenientes en las preparaciones, respetando la minuta pero optimizando recursos.

Participación en el Bienestar Social: Visita al Museo Persistence: Refuerzo de la historia isleña como factor de salud mental.

Cena Navideña y Anchetas: Acompañamiento de los eventos especiales solicitados desde el equipo coordinador del proyecto.

Final de año en Playa Marrakech: Actividad de relajación y promoción de estilos de vida saludables en entornos naturales.

6. RECOMENDACIONES TÉCNICAS FINALES

Como nutricionista responsable, se establecen los siguientes lineamientos en el caso que se considere la continuidad del programa:

1. **Adquisición de equipos de medición antropométrica digitales**: Para favorecer la experiencia de los beneficiarios en los momentos de medición y que garanticen datos con un alto nivel de confianza.

2. **Eliminación de Ultraprocesados:** Mantener la política de cero embutidos y carnes curadas (salchichas, jamones) para proteger la salud renal y cardiovascular de los beneficiarios.

FDESCAI

3. **Hidratación:** Continuar favoreciendo la hidratación constante con bebidas naturales, especialmente durante las excursiones bajo el sol.

4. **Frecuencia Alimentaria:** Respetar el intervalo de **3 horas** entre tiempos de comida para evitar picos de glucemia o pesadez gástrica.

5. **Masticación:** Mantener texturas suaves y de fácil masticación para garantizar que todos los beneficiarios logren el consumo total de su ración.

6. **Desescalamiento y eliminación de endulzante de bebidas:** La población atendida debe guiarse hasta el logro del hábito del consumo de bebidas sin azúcar o con muy poca cantidad de ésta.

7. **Continuación de las intervenciones en el grupo atendido:** Dadas las condiciones nutricionales enfatizar en el cuidado nutricional de los adultos mayores que no se logró llevar a la normalidad nutricional, dada la corta duración de la intervención (20 días calendario).

Firma:

LUZ JANETH JARAMILLO CAMPUZANO

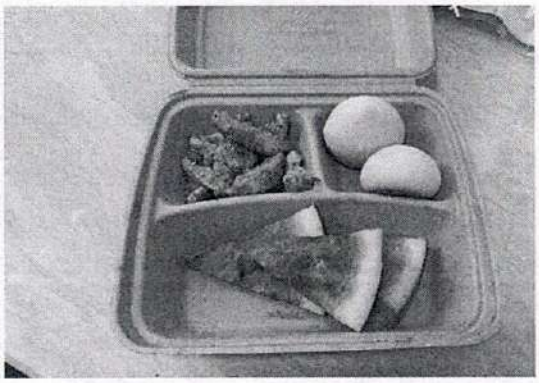
Nutricionista Dietista

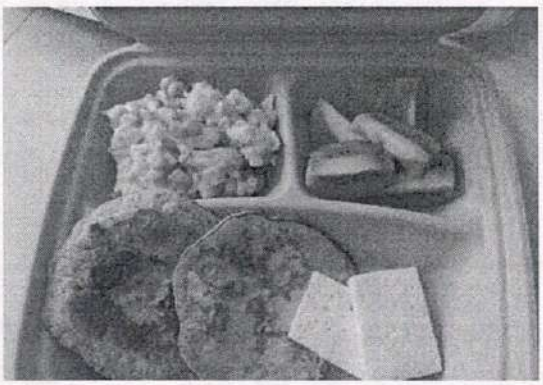
MND. 00992

FDESCAI

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Seguimiento a entrega de desayunos









FDESCAI

PLAN DE ALIMENTACION CENTRO DIA ADULTO MAYOR SAN LUIS

DESAYUNOS SEMANA 1				
1	2	3	4	5
Mint tea (ó té de menta o de hierbas de preferencia) con leche descremada	Chocolate con leche descremada	Colada de plátano con leche descremada, canela, stevia	Café con leche descremada	Té de flor de jamaica
Queso amarillo	Huevos revueltos con mazorca tierna desgranada, cebolla roja en cuadritos sofreido en aceite de canola o girasol	Queso campesino rallado	Carimañola de yuca rellena de carne molida	Omelette con queso rallado, guiso de tomate y cebolla, sofreido en aceite de canola o girasol
Journie cake	Tajadas de pan integral	Waffle de avena, mermelada light		Arepa de choclo
Agua	Agua	Agua	Agua	Agua
Melon en cuadritos	Fresas en rodajas (8 unid)	Kiwi y mango en trozos 1 pocillo	Manzana en cuadritos con algunas gotas de limón	Papaya picada 1 pocillo
DESAYUNOS SEMANA 2				
6	7	8	9	10
Avena con leche descremada y stevia	Mint tea (ó té de menta o de hierbas de preferencia) con leche descremada	Café con leche descremada	Chocolate con leche descremada	Té de flor de jamaica
Queso campesino en trocitos o cuajada tajada frita	Tortilla de huevos con espinaca, cebolla y ajo	Lomo de cerdo guisado en trocitos	Queso campesino	Tortilla de huevos con zanahoria rallada, pimenton, cebolla blanca sofreido en aceite de girasol o canola
Bollo 1/2 unidad grande servido en rodajas	Plátano boscó cocido	Arepa rellena de queso asada	Yuca cocida	Pan integral con untadura de aguacate
Agua	Agua	Agua	Agua	Agua
Uvas verdes (7-10 unid)	Patilla 2 trozos medianos	Arándanos 12 unidades	Naranja o mandarina 1 unidad	Pera madura en cuadritos

REFRIGERIO SEMANA 1				
1	2	3	4	5
Leche descremada	Avena en hojuelas con leche descremada con almendras y stevia	Natilla light	Batido de almendras, espinacas, apio, semillas de chia, manzana en leche vegetal	Yogurt griego
Torta de auyama con avena		Buñiuelo		Granola light
REFRIGERIOS SEMANA 2				
6	7	8	9	10
Peto	Leche descremada	Jugo de fruta sin azúcar	Melon con queso campesino rallado	Helado de yogurt
	Enyucado	Galletas de arroz con dip de atun y queso crema		Fresas

FDESCAI

Fundación para el Desarrollo Económico Social Y Cultural de las Agrupaciones Isleñas

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. No deben prepararse bebidas con azúcar, cada beneficiario decidirá si se la agrega o no a su bebida.
2. No se deben ofrecer embutidos como salchichas, jamones, mortadelas ni otra carne curada.
3. Se debe favorecer la constante y correcta hidratación de los beneficiarios.
4. Se deben evitar productos industrializados y promover la alimentación con productos naturales locales y frescos.
5. Se debe permitir un tiempo prudencial de 3 horas entre un tiempo de comida y el siguiente.
6. Favorecer texturas de facil masticación para el grupo de beneficiarios.

Firma:

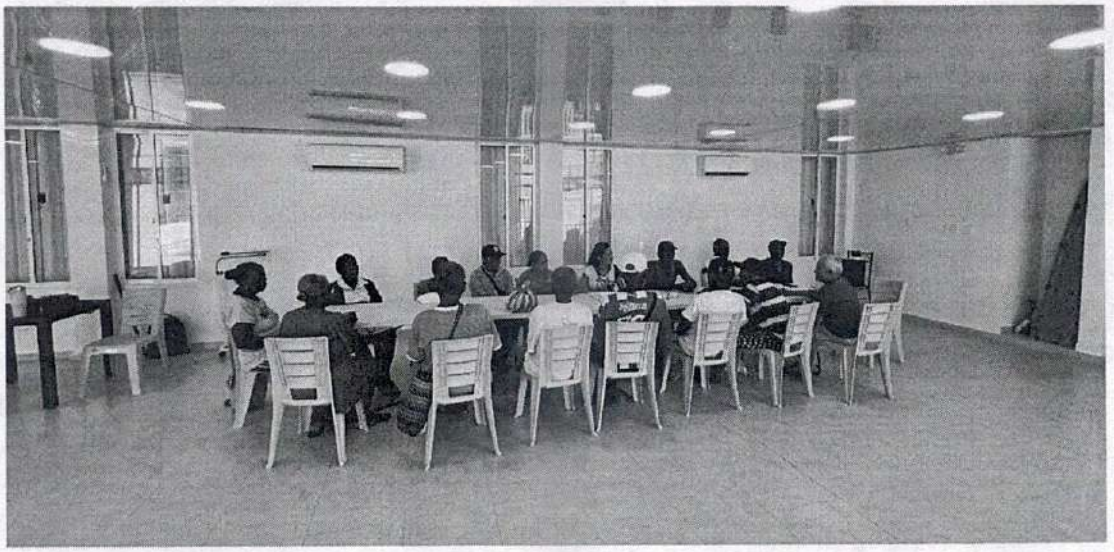
LUZ JANETH JARAMILLO CAMPUZANO
Nutricionista Dietista
MND. 00992

FDESCAI

Fundación para el Desarrollo Económico Social Y Cultural de las Agrupaciones Idebas

Talleres de Educación Alimentaria y Nutricional



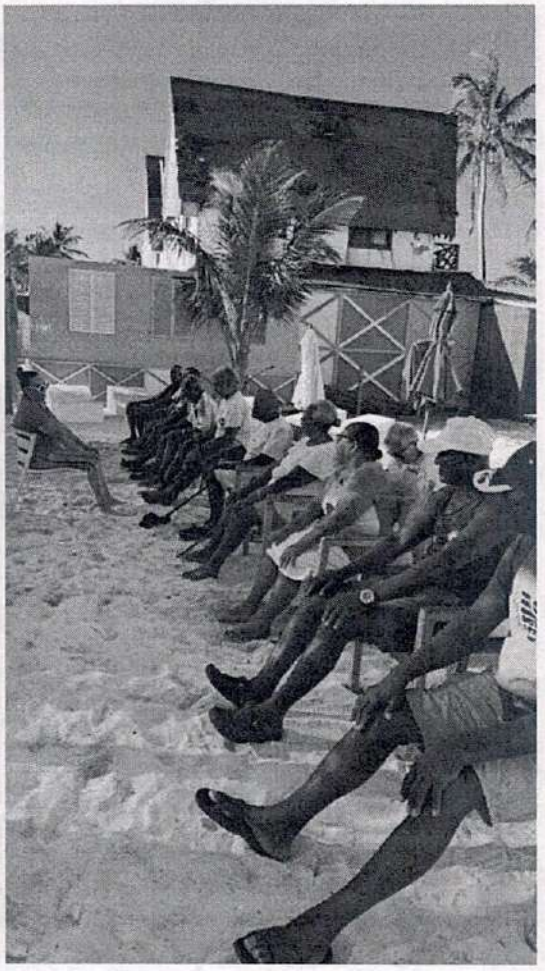


FDESCAI

Excursiones de bienestar del Adulto Mayor







626

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-01-05, 07:39:11 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1078252043

Periodo Cotización: diciembre de 2025 **Periodo Servicio:** diciembre de 2025

PAGADO 05/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ JANETH JARAMILLO CAMPUZANO		
Documento	CC52866807	**Dirección**	CRT 1 ESTE #2 - 3 POR DONDE EL BOMBERO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3205593924
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SAN ANDRES	**Departamento**	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INP	Días EPS	Días ARP	Días ADFI	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52866807	LUZ JANETH JARAMILLO CAMPUZANO	03	00	X	X											4				0	22	22	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.043.900	$ 167.100	(EPS020) EPS SANITAS	$ 1.043.900	$ 130.500	0,200	$ 0	$ 0	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 297.600

III.TOTALES

ISC Pensión	ISC Salud	ISC Riesgos	ISC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.043.900	$ 1.043.900	$ 0	$ 0	$ 167.100	$ 130.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 297.600	$ 0	$ 297.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402562 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAPPYER®

Producido por:
FABRIFOLDER S.A.S

COMPROBANTE EGRESO EFECTIVO

No. 07

CIUDAD:	FECHA	DÍA	MES	AÑO	VALOR $
SAN ANDRES ISLA		30	12	2025	11.059.066

PAGADO A: LUZ JANETH JARAMILLO CAMPUZANO

POR CONCEPTO DE:
COND NUTRICIONISTA, ATENCION A LOS ADULTOS MAYORES "CENTRO VIDA"

LA SUMA DE: (EN LETRAS)

CONTABILIZACIÓN

CODIGO P.U.C.	CUENTA	DÉBITOS	CRÉDITOS

FDESCAI
NIT. 900746931-9

ELABORADO	APROBADO	CONTABILIZADO

CHEQUE No.	BANCO
SUCURSAL	EFECTIVO

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

C.C. [X] NIT. [ ] No. 52866807

FECHA DE RECIBIDO	DÍA	MES	AÑO

FDESCAI

FDESCAI

San Andrés islas, 31 de diciembre de 2025.

CUENTA DE COBRO No. 007

Yo, Luz Janeth Jaramillo Campuzano, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.866.807, solicito el pago a FDESCAI con NIT. 900746931-9 por concepto de:

Prestación de Servicios profesionales al centro de adulto mayor, sector San Luis, por valor de $ 11.059.066 COP (**once millones cincuenta y nueve mil sesenta y seis pesos).**

Forma de pago: Efectivo

Atentamente,

Luz Janeth Jaramillo Campuzano
C.C. 52.866.807

	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	FDESCAI

Reporte de actividades físicas para adulto mayor

Se dio inicio a las actividades físicas en las instalaciones del Centro de Vida dirigida al grupo étnico raizal; reconociendo la población con la cual se trabajaría. Se identifica las habilidades físicas y limitaciones para crear un plan de acuerdo al grupo, durante el diagnostico inicial se observa personas con movilidad normal y otros con limitación a la movilidad que requieren apoyo permitiendo así realizar un plan de trabajo que se acomodara a toda la población manteniendo un mismo objetivo.

Se inicia con estiramiento para poder aumentar la flexibilidad y evitar lesiones, luego se realizan actividades que permitieran mejorar la capacidad motriz y el equilibrio tales como ejercicios de coordinación, ejercicios de fortalecimiento, caminatas y marchas deportivas permitiendo así que cada participante aumente la resistencia cardiopulmonar, fuerza y aumento en la velocidad a la respuesta.

Con base en el cronograma, se implementaron actividades físicas dirigidas a los adultos mayores, orientadas al fortalecimiento de la movilidad, la prevención del sedentarismo y la promoción de estilos de vida saludables.

ACTIVIDADES FÍSICAS PARA ADULTOS MAYORES

ACTIVIDAD 1	• ***Fuerza + Movilidad:*** Movilidad articular: cuello, hombros, caderas y tobillos.

ACTIVIDAD 2	• ***Actividad Aeróbica Moderada*** Caminata de 30 a 40 minutos a un ritmo cómodo, pero que aumente la frecuencia cardíaca.
ACTIVIDAD 3	• ***Equilibrio + Flexibilidad*** - Ejercicios de equilibrio: caminar sobre una línea imaginaria. - Yoga suave o estiramientos para mejorar la flexibilidad.
ACTIVIDAD 4	• ***Actividad Aeróbica + Social*** Caminata en grupo, baile o sesión al aire libre con amigos o familia.
ACTIVIDAD 5	• ***Fuerza + Equilibrio*** Ejercicios de fuerza: • Levantamiento de talones • Flexiones de pared • Levantamiento de brazos con banda Combinación con ejercicios de equilibrio: • Mantenerse en un pie • Caminata en línea

Atentamente,

WALDIR VASQUEZ
Instructor de Actividad Física.

PAPPYER®

Producido por:
FABRIFOLDER S.A.S

COMPROBANTE EGRESO EFECTIVO

No. 04

CIUDAD	FECHA	DÍA	MES	AÑO	VALOR
SAN ANDRES ISLA		30	12	2025	$ 11.059.066

PAGADO A: WALDIR VASQUEZ

POR CONCEPTO DE: ACTIVIDAD FISICA ATENCION ADULTOS MAYORES "CENTRO VIDA" SAN LUIS

LA SUMA DE: (EN LETRAS)

CONTABILIZACIÓN

CODIGO P.U.C.	CUENTA	DÉBITOS	CRÉDITOS

FDESCAI
NIT. 900746931-9

ELABORADO	APROBADO	CONTABILIZADO

CHEQUE No. | BANCO

SUCURSAL | EFECTIVO

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

C.C. [X] NIT. [ ] No. 18.010.138

FECHA DE RECIBIDO | DÍA | MES | AÑO

Q4

FDESCAI
Fundación para el Desarrollo Económico Social Y Cultural de las Agrupaciones Isleñas

San Andrés islas, 31 de diciembre de 2025.

CUENTA DE COBRO No. 004

Yo, Waldir Vasquez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 18.010.138, solicito el pago a FDESCAI con NIT. 900.746.931-9, por concepto de:

Prestación de Servicios profesionales al centro de adulto mayor, sector San Luis, por valor de $11.059.066 COP (**Once millones cincuenta y nueve mil sesenta y seis pesos m/cte).**

Forma de pago: Efectivo

Atentamente,

WALDIR VASQUEZ
C.C. 18.010.138

633

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18010138		VASQUEZ MARTINEZ WALDIR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Av providencia N 2b-46	SAN ANDRES-SAN ANDRES	5120801	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	1000000414	9497086687	I	2026/01/13	2025/12/29	BANCO DE BOGOTA	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: SAN ANDRES Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	18010138	VASQUEZ WALDIR	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,423,500**	**$227,800**			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18010138		VASQUEZ MARTINEZ WALDIR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Av providencia N 2b-46	SAN ANDRES-SAN ANDRES	5120801	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	1000000414	9497086687	I	2026/01/13	2025/12/29	BANCO DE BOGOTA	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Gustavo Hall Bernard.
Edad: 79 Fecha de nacimiento 15-12-1946
Fecha de diligenciamiento: 09-12-2025
Enfermedades crónicas (si aplica): NO
Medicamentos que toma: NO
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
MODERADA.

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	moder	moder	moder	moder	BAJA		√	
MARTES	√	√	√	√	√			
MIERCOLES	√	√	√	√	√		X	
JUEVES	√	√	√	√	√		X	
VIERNES	√	√	√	√	√		I	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☑ Sí ☐ No especificar: Moderado
Sensación de cansancio: ☒ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☒ Sí ☐ No comentario: Animado.

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 09-12-2025
-Cambios en tu condición física: Bueno
-Actividades que te gustaron más: Caminar
-Cambios que quieres hacer en el plan: Nada
-Firma del adulto mayor (y/o responsable): GUSTAVO HALL

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: GUSTAVO HALL Bernard
Edad: 79 Fecha de nacimiento 15-12-1946
Fecha de diligenciamiento: 10-11-2025 - 15-11/2025
Enfermedades crónicas (si aplica): NO
Medicamentos que toma: NO
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
MODERADA.

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	medio	regular	medio	medio	BASICA		X	
MARTES	V	11	11	11	11			
MIERCOLES	REGULAR	regular	muy poco	medio	Basico		X	
JUEVES	medio	medio	medio	regular	Base		X	
VIERNES	Regular	medio	medio	medio	none			
SABADO	NO PARTICIPO	NO PARTICIPO	medio	medio	Base	X		

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☒ Sí ☐ No especificar: moderado
Sensación de cansancio: ☒ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☒ Sí ☐ No comentario: Amurado

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 10-11/2025 - 15-11/2025

-Cambios en tu condición física: bueno mejora

-Actividades que te gustaron más: caminar

-Cambios que quieres hacer en el plan: Hadar caminar.

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Gustado Gil

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Alcides Llamas. castillo
Edad: 79. Fecha de nacimiento 26-octubre-1946.
Fecha de diligenciamiento: 09-12-2025-
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertenso
Medicamentos que toma: VASOTAN-
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☑ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Ninguna

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	R	K	Bien	Regular	Rica		✓	
MARTES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
MIERCOLES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
JUEVES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
VIERNES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☑ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☑ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☑ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14-12-2025
-Cambios en tu condición física: Bueno
-Actividades que te gustaron más: Caminar
-Cambios que quieres hacer en el plan: Ninguno
-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Alcides Llamas

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Alades Llanes Castillo
Edad: 79 Fecha de nacimiento 26 - octubre 1946
Fecha de diligenciamiento: 11-18- 2025 - 11-22 /2025
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertenso
Medicamentos que toma: Vasoxtan
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☒ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Activo

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Regular	Regular	Bueno	Regular	5 min regular	X		
MARTES	Bueno	Moderado	Bueno	Regular	regular	X		
MIERCOLES	No Asisto	No Asisto	No Asisto	No Asisto	No Asisto			
JUEVES	Regular	Regular	Regular	regular	Regular	X		
VIERNES	11	11	11	11	11			
SABADO	No Asisto	No Asisto	No Asisto	No Asisto	No Asisto			

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☑ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☑ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☑ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 11/18/2025 - 11/22/2025

-Cambios en tu condición física: Bueno

-Actividades que te gustaron más: Caminar

-Cambios que quieres hacer en el plan: Nadar

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Alcides Llamas

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Willington HOOKER MARTINEZ
Edad: 67 Fecha de nacimiento 26-Abril-1958.
Fecha de diligenciamiento: 09-12-2025.
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertension.
Medicamentos que toma: _____
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
_____

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	R	R	Bien	R-	Moderado		✓	
MARTES	R	✓	✓	✓	✓		✓	
MIERCOLES	R	✓	✓	✓	✓		✓	
JUEVES	R	✓	✓	✓	✓		✓	
VIERNES	R	✓	✓	✓	✓		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☒ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☑ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14-12-2025
-Cambios en tu condición física: Tratar de mejorar
-Actividades que te gustaron más: Todos Pero con mas Pausas
-Cambios que quieres hacer en el plan: Ninguno
-Firma del adulto mayor (v/o responsable): Willington

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: WITHINSTON HOOKER MARTINEZ
Edad: _____ Fecha de nacimiento 26 ABRIL 1958
Fecha de diligenciamiento: 11-18-2025 — 11-22/2025
Enfermedades crónicas (si aplica): HIPERTENSION
Medicamentos que toma: _____
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
_____

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Regular	Regular	Nuevo	Regular	moderado		✓	
MARTES	R	11	✓	11	✓	✓	✓	
MIERCOLES	R	11	✓	11	✓		✓	
JUEVES	R	11	11	11	✓		✓	
VIERNES	R	11	11	11	✓		✓	
SABADO	No asistio	1						

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☑ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☐ Sí ☒ No comentario: _____

Seguimiento mensuai

-Fecha de seguimiento: 11-18-2025 - 11-22-2025

-Cambios en tu condición física: frutar mover un poco mas

-Actividades que te gustaron más: Todos pero con mas calma

-Cambios que quieres hacer en el plan: si pero suave

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Willa

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Enmil williams Bryant.
Edad: 82 Fecha de nacimiento 1953-20. Junio
Fecha de diligenciamiento: 09-12-2025
Enfermedades crónicas (si aplica): _____
Medicamentos que toma: Pastilla para la prostata.
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Bueno

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno		✓	
MARTES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
MIERCOLES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
JUEVES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
VIERNES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☑ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☑ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☒ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14-12-2025
-Cambios en tu condición física: Bueno
-Actividades que te gustaron más: Nadar
-Cambios que quieres hacer en el plan: todos
-Firma del adulto mayor (y/o responsable): ENMIL

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Emund Williams Bryan
Edad: 82 Fecha de nacimiento 1953 20 Junio
Fecha de diligenciamiento: 11-19 2025 — 11-22-2025
Enfermedades crónicas (si aplica): _____
Medicamentos que toma: PASTILLA PARA la Protasta
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Bueno

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	15 min Bueno		✓	
MARTES	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno		✓	
MIERCOLES	Moderado	Modero	Modero	Modero	Modero		✓	
JUEVES	No Asistio	Modero	Moderado	Modero	Moderado			
VIERNES	No Asistio enfermo	No Asistio enfermo	No Asistio enfermo	No Asistio enfermo	No Asistio enfermo			
SABADO	//	//	//	//	//		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☒ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☐ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 11 - 30 - 2025

-Cambios en tu condición física: Bueno

-Actividades que te gustaron más: caminar y estiramiento

-Cambios que quieres hacer en el plan: Nadar

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Emmit Williams

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Keth Jhuman- Kelly Wilson
Edad: 75- Fecha de nacimiento 08-NOV-1950
Fecha de diligenciamiento: 01-12-2025-
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertension Falla cardica
Medicamentos que toma: CLOPIDO 6FL, carvedilol- aspirina- UALSartan-
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
bueno

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	bajo	bajo	bajo	bajo	1	1		
MARTES	1	1	1	1	1	1		
MIERCOLES	1	1	1	1	1	1		
JUEVES	1	1	1	1	1	1		
VIERNES	1	1	1	1	1	1		

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☒ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☒ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☑ Sí ☐ No comentario: Regular

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 09-12-2025.

-Cambios en tu condición física: Regular

-Actividades que te gustaron más: Los trabajo demovilidad

-Cambios que quieres hacer en el plan: Practicar con mayor

-Firma del adulto mayor (v/o responsable):

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Keith Truman Kelly wilson
Edad: 75 Fecha de nacimiento _____
Fecha de diligenciamiento: 10-11-2025 15-11 / 2025
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertencia falla cardica
Medicamentos que toma: Clopridogel carvedilo
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
_____

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	baja	baja	baja	baja	baja	X		
MARTES	medio	medio	medio	medio	medio	X		
MIERCOLES	regular	medio	medio	medio	medio		X	
JUEVES	baja	baja	baja	baja	baja	X		
VIERNES	baja	baja	baja	baja	baja	X		
SABADO	11	11	11	11	11			

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☐ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensuai

-Fecha de seguimiento: 11-30 2025

-Cambios en tu condición física: Regular por su EDAD

-Actividades que te gustaron más: Actividad con las manos movimiento de tibia

-Cambios que quieres hacer en el plan: Nadar - caminar

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): _____

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Luvis Anguita- Vizcaino
Edad: 69- Fecha de nacimiento 12-agosto-1956.
Fecha de diligenciamiento: 09-12-2025.
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertensión
Medicamentos que toma: Lozartan.
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☑ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☑ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☑ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☑ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Excelente estado

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Exel	Exel-	Bueno	Bueno	moderada		✓	
MARTES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
MIERCOLES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
JUEVES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
VIERNES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar:
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☑ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☑ Sí ☐ No comentario:

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14-12-2025.
-Cambios en tu condición física: Mx. bueno
-Actividades que te gustaron más: todas
-Cambios que quieres hacer en el plan: Todo el ejercicio hacer
-Firma del adulto mayor (v/o responsable): Luvis Anguita

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: LUIS ANGULA VIZCAINO
Edad: 64 Fecha de nacimiento 12- AGOSTO - 1956
Fecha de diligenciamiento: Hipertension
Enfermedades crónicas (si aplica): LOZMAN
Medicamentos que toma: _____
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☑ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☑ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☑ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☑ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Excelente estado

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Normal		/	
MARTES	Excelente	Excelente	Excelente	excelente	moderado		/	
MIERCOLES	"	"	"	"	"		/	
JUEVES	"	"	"	"	"		/	
VIERNES	"	"	"	"	"			
SABADO	NO	NO	NO	NO	NO			

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☒ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☐ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 11-18-2025 — 11-22-2025

-Cambios en tu condición física: Muy Bueno

-Actividades que te gustaron más: Todo

-Cambios que quieres hacer en el plan: Todo lo que pueda hacer a su edad

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Luis Aguilar

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Herman Abrahams. Wester.
Edad: 74 Fecha de nacimiento 16- Febrero 1946
Fecha de diligenciamiento: 09-Dc.-2025.
Enfermedades crónicas (si aplica): _____
Medicamentos que toma: _____
Autorización médica para practicar actividad física: ☒ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☑ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Nivel moderado y bajo

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	✓	✓	✓	R.	Moder		✓	
MARTES	✓	✓	✓	R	✓		✓	
MIERCOLES	✓	✓	✓	R	✓		✓	
JUEVES	✓	✓	✓	R	✓		✓	
VIERNES	✓		✓	R	✓		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☒ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☒ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14.12-2025.
-Cambios en tu condición física: muy buena
-Actividades que te gustaron más: todas.
-Cambios que quieres hacer en el plan: Que sigan en el programa
-Firma del adulto mayor (y/o responsable):

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: HERMAN ABRAHAMS WESTER
Edad: 79 Fecha de nacimiento 16 - Febrero 1946
Fecha de diligenciamiento: _____
Enfermedades crónicas (si aplica): 11-18-2025 - 11-22-2025
Medicamentos que toma: _____
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Nivel Bajo - a mejorado

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Bajo	Bajo	medio bajo	Regular			—	
MARTES	11	11	11	regular			—	
MIERCOLES	11	11	111	Regular			—	
JUEVES	Bajo	Bajo	moderado	Regular			—	
VIERNES	11	11	moderado	Bueno			✓	
SABADO	NO	NO	NO	NO	NO		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☒ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☒ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 11 - 13 - 2025 — 11 - 18 - 2025

-Cambios en tu condición física: Muy bueno

-Actividades que te gustaron más: Todos

-Cambios que quieres hacer en el plan: Que Overe hace ejercios

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): _____

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: DARCIO JACKSON etcPhens.
Edad: 73. Fecha de nacimiento 16. 01 - 1952
Fecha de diligenciamiento: 10-12-2025.
Enfermedades crónicas (si aplica): Diabetes. Mellitus tipo 2, Hipertenso
Medicamentos que toma: _____
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Moderado -

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	✓	✓	✓	✓	Moderado		✓	
MARTES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
MIERCOLES	✓	✓	✓	✓	✓		-	
JUEVES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
VIERNES	-	-	✓	-	✓		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☒ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☑ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14-12-2025
-Cambios en tu condición física: bueno
-Actividades que te gustaron más: todas
-Cambios que quieres hacer en el plan: Seguir
-Firma del adulto mayor (y/o responsable):

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: DARIO JACKSON STEPHENS
Edad: 73 Fecha de nacimiento 16 - 01 - 1952
Fecha de diligenciamiento: 11-18 2025 — 11-22-2025
Enfermedades crónicas (si aplica): DIABETES Mellitus tipo 2 Hipertenso
Medicamentos que toma: _____
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Moderado

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	✓	✓	✓	✓	✓ 10 minuto			
MARTES	Buena Act	Buena Ac	Buena Actitud	Buena Actitud	Buena Actitud		✓	
MIERCOLES	Buena Ac	Buena Ac	Buena Actitud	Buena Actitud	Buena Actitud		✓	
JUEVES	Buena	Actitud	Buena Act	Buena Act	Buena Actitud		✓	
VIERNES	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
SABADO								

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☐ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 11-30-2025

-Cambios en tu condición física: BUENO

-Actividades que te gustaron más: Todas

-Cambios que quieres hacer en el plan: Si Que sigan actividades Asi

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): _____

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: MARIA GRENARD - DE BARKER.
Edad: 86. Fecha de nacimiento 5-JUNIO-1939.
Fecha de diligenciamiento: 09/12/2025
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertencion
Medicamentos que toma: Falta
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☑ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☑ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☑ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Un termino medio al tratar de hacer los ejercicios

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	R	R	✓	R	4	✓		
MARTES	R	R	✓	R	4	✓		
MIERCOLES	R	R	✓	R	4	✓		
JUEVES	R	R	✓	R	4	✓		
VIERNES	R	R	✓	R	4	✓		

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☒ Sí ☐ No especificar:
Sensación de cansancio: ☒ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☒ Sí ☐ No comentario:

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14. 12-2025-
-Cambios en tu condición física: MEJORAR.
-Actividades que te gustaron más: Caminar, estirar.
-Cambios que quieres hacer en el plan: El mismo.
-Firma del adulto mayor (v/o responsable):

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: MARIA GRENARD DE BARKER
Edad: 86 Fecha de nacimiento 5-JUNIO-1939
Fecha de diligenciamiento: 11-18-2025 - 11-22-2025
Enfermedades crónicas (si aplica): HIPERTENCION
Medicamentos que toma: _____
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
EN TERMINO al tratar de hacer los intentos.

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Regular	Regular	regular	Regular		X		
MARTES	11	11	11	11		X		
MIERCOLES	11	11	11	11		X		
JUEVES	11	1	11	11		X		
VIERNES	11	1	11	111		X		
SABADO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☒ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☒ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☐ Sí ☐ No comentario: 11-30-2025

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 11-30-2025

-Cambios en tu condición física: Mejoraro su estado Fisico al comnar

-Actividades que te gustaron más: Caminar

-Cambios que quieres hacer en el plan: _____

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): _____

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Henrieta. moro BRANT
Edad: 08 Fecha de nacimiento 5- MAYO- 1937
Fecha de diligenciamiento: 09/12/2025
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertensión
Medicamentos que toma: Lozartan -
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
moderado

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	moderado	moderado	moderado	moderado	moderado		✓	
MARTES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
MIERCOLES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
JUEVES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
VIERNES	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☑ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☑ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14-12-2025

-Cambios en tu condición física: _____

-Actividades que te gustaron más: Caminata

-Cambios que quieres hacer en el plan: Ninguno

-Firma del adulto mayor (v/o responsable):

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: HENRIETA MORO BRANDT
Edad: 88 Fecha de nacimiento 5 - MAYO
Fecha de diligenciamiento: 4ta Intervencion
Enfermedades crónicas (si aplica): LOZARTAN
Medicamentos que toma: 11-18-2025 - 11-28-2025
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Moderado

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	moderado	moderado	moderado	moderado	moderado		✓	
MARTES	"	"	"	"	"		—	
MIERCOLES	"	"	"	"	"	✓	✓	
JUEVES	"	"	"	"	"	✓	✓	
VIERNES	"	"	"	"	"	✓	✓	
SABADO	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO	✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☒ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☐ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 11-30-2025

-Cambios en tu condición física: Si

-Actividades que te gustaron más: Caminar

-Cambios que quieres hacer en el plan: ninguna

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Henrita Moros

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Honoria. Ibarra Beltran
Edad: 72 Fecha de nacimiento 10 - Diciembre - 1953
Fecha de diligenciamiento: 09-12-2025.
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertension + Artritis.
Medicamentos que toma: Losartan - Clorotiazida. Levotiroxina.
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
moderada

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES							✓	
MARTES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
MIERCOLES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
JUEVES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
VIERNES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☑ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☑ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☑ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14-12-2025
-Cambios en tu condición física: Muy bien
-Actividades que te gustaron más: Nadar
-Cambios que quieres hacer en el plan: Nada
-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Honoria

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Hortensia Ibañez Beltran
Edad: 12 Fecha de nacimiento 11 - enero 1953
Fecha de diligenciamiento: 11 - 18 /2025 - 11 - 22 /2025
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertension - Artritis
Medicamentos que toma: Lozartan - clorotiazida, Lanotrimang
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
moderado

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Moderada	Bueno	Bueno	Bueno	60 min Regular	X		
MARTES	Moderada	Bueno	Bueno	Bueno	Regular	X		
MIERCOLES	Regular	Regular	Regular	Bueno	Regular	X		
JUEVES	Moderada	11	11	11	11	X		
VIERNES	Regular	moder	Bueno	Bueno	Regular			
SABADO								

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☑ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☑ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☑ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 11-18/2025 - 11-22/2025

-Cambios en tu condición física: Muy buena

-Actividades que te gustaron más: Bailar

-Cambios que quieres hacer en el plan: Nadar

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Marina

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: JULIO BARRIOS PAYARES-
Edad: 84 Fecha de nacimiento 13-feb-1941
Fecha de diligenciamiento: 04-12-2025-
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertensión
Medicamentos que toma: Losartan
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Ninguna

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Reg	Reg	Reg	Reg	moderado		X	
MARTES	V	V	V	V	4		V	
MIERCOLES	V	V	V	V	4		V	
JUEVES	V	V	V	V	4		V	
VIERNES	V	V	V	V	4		V	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☒ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☒ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☒ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14-12-2025-
-Cambios en tu condición física: bueno
-Actividades que te gustaron más: Caminar-
-Cambios que quieres hacer en el plan: bailar
-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Julio.

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: JULIO BARRIOS PAYARES
Edad: 84 Fecha de nacimiento 13 - Feb - 1941
Fecha de diligenciamiento: 10 - 11 2025 15 - 11 2025
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertension
Medicamentos que toma: Roberatan
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	regular	regular	regular	regular	15 min moderado		✓	
MARTES	11	11	11	11	11		✓	
MIERCOLES	regular	regular	regular	regular	regular	X	✓	
JUEVES	No p	No p	No p	No p	No p sin mas		✓	
VIERNES	regular	moderado	moderado	Regular	moderado		✓	
SABADO							✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☑ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☑ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☑ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 10-11/2025 11-15 2025

-Cambios en tu condición física: BUENO

-Actividades que te gustaron más: CAMINAR

-Cambios que quieres hacer en el plan: BAILAR

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): JULIO B

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Leticia Gordon De Carus
Edad: 85 Fecha de nacimiento 16-agosto 1939
Fecha de diligenciamiento: 10-Dic- 2025.
Enfermedades crónicas (si aplica): _____
Medicamentos que toma: Valsartan, 80mg., tiamina. 300mg.
Autorización médica para practicar actividad física: ☒ Sí ☒ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.): UN
Marco Regular - a los movimientos

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION	Regular.	BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	✓	R	✓	✓	✓	—		
MARTES	✓	R	—	✓	✓	—		
MIERCOLES	✓	R	✓	✓	✓	—		
JUEVES	✓	R	✓	✓	✓	—		
VIERNES	✓	R	✓	✓	✓	—		

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: UN POCO — DOLORES. molestia.
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☒ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☒ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14-12-2025-
-Cambios en tu condición física: Saludable-
-Actividades que te gustaron más: caminatas
-Cambios que quieres hacer en el plan: Así como esta.
-Firma del adulto mayor (v/o responsable):

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: LETICIA GORDON DE CORPAS
Edad: 85 Fecha de nacimiento 16 - AGOSTO 1939
Fecha de diligenciamiento: 11-18-2025 - 11-22 2025
Enfermedades crónicas (si aplica): LOSARTAN 80mg TIGUNA 300mg
Medicamentos que toma: _____
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Manejo regular a los movimientos

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	✓	Regular	Moderado	✓	10 MIN Regular	✓		
MARTES	✓	Regular	moderado	✓	11	✓		
MIERCOLES	✓	Regular	moderado	✓	11	✓		
JUEVES	✓	Regular	Moderada	✓	11	✓		
VIERNES	✓			✓	11	✓		
SABADO	NO	NO	NO	NO				

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: Un poco poco Presente
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☑ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☒ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 11-18-2025 - 11-22/2025

-Cambios en tu condición física: Saludable

-Actividades que te gustaron más: caminatas

-Cambios que quieres hacer en el plan: Asi como esta, Participar un poco

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): _____

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: MARIO Lever Williams-
Edad: 83- Fecha de nacimiento 27 Febr - 1942
Fecha de diligenciamiento: 09-12-2025-
Enfermedades crónicas (si aplica): _____
Medicamentos que toma: _____
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Bueno

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Bien	Bien	Bien	Bueno	Moderado		✓	
MARTES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
MIERCOLES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
JUEVES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
VIERNES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☒ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14-12-2025
-Cambios en tu condición física: Bueno
-Actividades que te gustaron más: Caminadas
-Cambios que quieres hacer en el plan: Nada
-Firma del adulto mayor (y/o responsable): MARIO Lever

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: MARIO LEVER Williams
Edad: 83 Fecha de nacimiento 27 - Feber 1942
Fecha de diligenciamiento: 09 - 12 2025
Enfermedades crónicas (si aplica): _____
Medicamentos que toma: _____
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
BUENO

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	BAJA	BAJA	Baja	Moderada	40 min Moderada		✓	
MARTES	Modera	Moderal	Baja	moderda	moderda		✓	
MIERCOLES	//	//	//	//	//		✓	
JUEVES	Baja	Baja	BAJA	BAJA	BAJA		✓	
VIERNES	Modera	moder	Baja	modera	BAJA		✓	
SABADO	NO Asistio	NO Asistio	NO Asistio	NO Asistio	NO Asistio.		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☑ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☐ Sí ☒ No comentario: _____

Seguimiento mensuai

-Fecha de seguimiento: 10 - 11 /2025 - 15-11 /2025

-Cambios en tu condición física: Bueno

-Actividades que te gustaron más: caminatas

-Cambios que quieres hacer en el plan: _____

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Mario Leon R.

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Randy. Nelson-watson
Edad: 69 Fecha de nacimiento 21-abril-1956
Fecha de diligenciamiento: 09-12-2025-
Enfermedades crónicas (si aplica): _____
Medicamentos que toma: _____
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Bueno

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno		✓	
MARTES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
MIERCOLES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
JUEVES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
VIERNES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☒ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☒ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14-12-2025-
-Cambios en tu condición física: Bueno
-Actividades que te gustaron más: Todas
-Cambios que quieres hacer en el plan: ninguno
-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Randy Nelson

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Randy Nelson Wilson
Edad: 69 Fecha de nacimiento 21 ABRIL 1956
Fecha de diligenciamiento: 10-11 2025 - 11-15 2025
Enfermedades crónicas (si aplica): _____
Medicamentos que toma: _____
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
ACTIVO BUENO

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	BUENO	BUNO	BUENO	BUENO	20 MI BUEN		✓	
MARTES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
MIERCOLES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
JUEVES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
VIERNES	✓	✓	✓	✓	✓		2	
SABADO	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO		2	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☒ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☒ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☐ Sí ☒ No comentario: _____

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 10-11 2025 — 14 15 2025

-Cambios en tu condición física: BUENO

-Actividades que te gustaron más: Todos

-Cambios que quieres hacer en el plan: Alender

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Randy Nelson

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: OFELIA FRANCIS MARTINEZ
Edad: 71 Fecha de nacimiento 26/04/1954
Fecha de diligenciamiento: 09-12-2025-
Enfermedades crónicas (si aplica): DIABETES T2, HIPERTENSIÓN GLAUCOMA
Medicamentos que toma: LOSARTAN, SITAGLIPTINA, AMLODIPINO, ASPIRINA
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
BAJA.

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	BAJA	BAJA	BAJA	BAJA	BAJA	1		
MARTES	Y	Y	Y	Y	1	1		
MIERCOLES	Y	Y	Y	Y	Y	1		
JUEVES	Y	Y	Y	Y	1	1		
VIERNES	Y	Y	Y	Y	1	1		

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☑ Sí ☐ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☑ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla
: ☑ Sí ☐ No comentario: LE GUSTA-

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 09-12-2025-
-Cambios en tu condición física: MODERADA-
-Actividades que te gustaron más: CAMINATAS
-Cambios que quieres hacer en el plan: CONTINUAR
-Firma del adulto mayor (y/o responsable):

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: OFELIA FRAVCIS MARTINEZ
Edad: 71 Fecha de nacimiento 26-10-1954
Fecha de diligenciamiento: 10-11-2025 15-11 2025
Enfermedades crónicas (si aplica): DIABETES TIPO 2 HIPERTENCION GLAUCOMA
Medicamentos que toma: LOSARTAN SITAGLIPINA AMLODIPINA ASPIRINA
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
NO

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	BAJA	BAJA	BAJA	BAJA	10 min Baja	X		
MARTES	11	11	11	11	BAJA	X		
MIERCOLES	No	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	X		
JUEVES	11	11	11	1.	11	\		
VIERNES	No Asisto	NO ASISTIO	No Asistio	No ASTIO	NO ASISTIO	1		
SABADO		Moderd	Moderd	Moderd	Moderado	1		

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☑ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☑ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☑ Sí ☐ No comentario: _____

Seguimiento mensuai

-Fecha de seguimiento: 10/11/2025 - 15/11/2025

-Cambios en tu condición física: Buena

-Actividades que te gustaron más: Caminata

-Cambios que quieres hacer en el plan: _____

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): _____

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Eusebio Martinez Romero
Edad: 67 Fecha de nacimiento 28-12-1958
Fecha de diligenciamiento: 09-12-2025
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertensión Diabetes
Medicamentos que toma: Lozartan
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Moderada.

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Mode	Mode	BAJA.	Moderada	Moderada		1	
MARTES	V	V	V	V	V		1	
MIERCOLES	V	V	V	V	V		1	
JUEVES	V	V	V	V	V		1	
VIERNES	V	V	V	V	V		1	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☑ No especificar:
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☑ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla
: ☑ Sí ☐ No comentario: Le gusta hacer ejercicios

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 09-12-2025 → 09-12-2025.
-Cambios en tu condición física: buena
-Actividades que te gustaron más: Caminatas
-Cambios que quieres hacer en el plan: Ninguno
-Firma del adulto mayor (y/o responsable):

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: EUSEBIO MARTINEZ POMARE
Edad: _____ Fecha de nacimiento 28-12-1958
Fecha de diligenciamiento: 10-11/2025 – 15-11 2025
Enfermedades crónicas (si aplica): HIPERTENCION DIABETES
Medicamentos que toma: LOSARTAN
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☑ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
MODERADA.

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Mode	mode	BAJA	Moderada	moderada		X	
MARTES	V	V	V	V	V		1	
MIERCOLES	Baja	modera	modera	moderad	moderada		1	
JUEVES	modera	moder	baja	moderada	moderad		1	
VIERNES	baja	mode	No realizo	Moderada	moderado		1	
SABADO	11	11	(	11	11		1	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☑ Sí ☑ No especificar: _____
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☑ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla: ☑ Sí ☐ No comentario: Le gusta hacer

Seguimiento mensuai

-Fecha de seguimiento: 05 - 11 2025

-Cambios en tu condición física: Buena

-Actividades que te gustaron más: Caminatas

-Cambios que quieres hacer en el plan: Nadar

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): [signature]

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Lindon Hudgson Bowie Fecha de nacimiento 16-12-1947
Edad: 77
Fecha de diligenciamiento: 09-12-2025
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertencion arterial - Artis - pre Loreton
Medicamentos que toma: Lozartan 1 - 5mg
Autorización médica para practicar actividad física: ☐ Sí ☐ No (adjuntar si es necesario)

Evaluación inicial de condición física

Marca tu nivel en cada aspecto (1 = muy bajo, 5 = muy alto):
Fuerza muscular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Resistencia cardiovascular: ☐ 1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5
Flexibilidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5
Equilibrio: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Dificultades al realizar actividades cotidianas (caminar, subir escaleras, etc.):
Moderado

Plan de actividad física semanal

Indica la actividad, duración y frecuencia:

SECUENCIA	TIPO DE ACTIVIDAD				DURACION	INTENSIDAD		
	CAMINATA	MOV RTIMICOS	ESTIRAMIENTO	COORDINACION		BAJA	MODERADA	ALTA
LUNES	Bueno	Bueno	Regular	moderado	medio		✓	
MARTES	ll	✓	✓	✓	✓		✓	
MIERCOLES	bueno	bueno	regular	moderado	medio		✓	
JUEVES	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
VIERNES	bueno	Bueno	regular	moderd	medio		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☐ Sí ☐ No especificar:
Sensación de cansancio: ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso
Felicidad/agrado al realizarla

: ☐ Sí ☐ No comentario:

Seguimiento mensual

-Fecha de seguimiento: 14-12-2025
-Cambios en tu condición física: Muy buena
-Actividades que te gustaron más: caminar
-Cambios que quieres hacer en el plan: todo lo que pedan
Firma del adulto mayor (o responsable): Linda