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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	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	✓	✓	✓	✓	✓		✓	

Registro de sensaciones durante la actividad Después de cada sesión, anota:
Dolores o malestares: ☑ Sí ☐ No especificar: Moderados
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 PARTICIP	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: Hacer caminar.

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

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Alcides Hanas. castillo
Edad: 79. Fecha de nacimiento 26-octbre-1946.
Fecha de diligenciamiento: 09-12-2025-
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertenso
Medicamentos que toma: VASULAN.
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: Bien
-Actividades que te gustaron más: Caminar
-Cambios que quieres hacer en el plan: Ninguno
-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Alcides Hanas

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Aladies Llamas 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: 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.):
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: Nada

-Firma del adulto mayor (y/o responsable): Accides 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: Todas Pero con mas Rapidez
-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	Bueno	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: Emmil williams Bryant.
Edad: 72 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: Natación
-Cambios que quieres hacer en el plan: todos
-Firma del adulto mayor (y/o responsable): EMMIL Williams

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	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado		✓	
JUEVES	NO ASISTIO	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado			
VIERNES	NO ASISTIO ENFERMO	NO ASISTIO ENFERMO	NO ASISTIO ENFERMO	NO ASISTIO ENFERMO	NO ASISTIO ENFERMO			
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 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- espironolactona- UAL sartum-
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	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 demanda de
-Cambios que quieres hacer en el plan: Practicar con mayor
-Firma del adulto mayor (y/o responsable):

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: Keith Truman Kelly wilson
Edad: 25 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 mensual

-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 Angula- 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-	Bien	Bien	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: Muy 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 Angula

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	Noder		/	
MARTES	Excelent	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

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 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	✓	✓	✓	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: Ninguno seguir en el programa
-Firma del adulto mayor (v/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	Bajo			—	
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 Olvere hace ejercicios

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

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: DARCIO JACKSON ETCHENS.
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: DAMIO 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 Ac	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 Act		✓	
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): Hipotención Falta
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 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 (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: 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	NU	NU	NU	NU	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: 68 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	media	media	moderado	media	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 (y/o responsable): Henrieta

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: HENRIETA MORO BRANDT
Edad: 88 Fecha de nacimiento 5- MAYO
Fecha de diligenciamiento: HIPERTENSION
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 Flores

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): Hipertensa - Artritis.
Medicamentos que toma: Lozartan - 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.):
moderadas

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	Regular		✓	
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: Mas bueno
-Actividades que te gustaron más: Todas
-Cambios que quieres hacer en el plan: Nada
-Firma del adulto mayor (v/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	10 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 mensuai

-Fecha de seguimiento: 11-18/2025 - 11-72/2025

-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

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: JULIO BARRIOS PAYARES-
Edad: 84 Fecha de nacimiento 13-Feb-1940
Fecha de diligenciamiento: 09-12-2025-
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertension
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	Rosa	Reg	Rese	Rose	moderado		X	
MARTES	V	X	V	V	4		V	
MIERCOLES	V	V	V	V	4		V	
JUEVES	V	V	V	V	4		V	
VIERNES	V	V	V	V	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: 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: Irbesartan
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	10 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 ahog		✓	
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

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: LELIA A GORDON DE CORPAS
Edad: 85 Fecha de nacimiento 16 - AGOSTO 1939
Fecha de diligenciamiento: 11-18-2025 - 11-22 2025 - 2 días
Enfermedades crónicas (si aplica): LOSARTAN 80 mg TIGUNA 300 mg
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	✓	1.	✓		
JUEVES	✓	Regular	Moderado	✓	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): _____

FDESCAI

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: Caminatas
-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	10 min Moderada		✓	
MARTES	Modera	Moderad	Baja	moderda	moderda		✓	
MIERCOLES	11	11	11	11	11		✓	
JUEVES	Baja	Baja	BAJA	BAJA	BAJA		✓	
VIERNES	Modera	moder	Baja	moderd	BAJA		✓	
SABADO	NO ASISTI	NO ASISTI	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: 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.

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		2	
MARTES	✓	✓	✓	✓	✓		2	
MIERCOLES	✓	✓	✓	✓	✓		2	
JUEVES	✓	✓	✓	✓	✓		2	
VIERNES	✓	✓	✓	✓	✓		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: 14-12-2025-
-Cambios en tu condición física: Bueno
-Actividades que te gustaron más: Todas
-Cambios que quieres hacer en el plan: nada
-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	Bueno	Bueno	Bueno	20 min Bien		✓	
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: Ninguno

-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 TIPO 2, HIPERTENSION GLAUCOMA
Medicamentos que toma: VALSARTAN, 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	✓	✓	✓	✓	✓	1		
MIERCOLES	✓	✓	✓	✓	✓	1		
JUEVES	✓	✓	✓	✓	✓	1		
VIERNES	✓	✓	✓	✓	✓	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 FRANCIS 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 hipertension glaucoma
Medicamentos que toma: LOSARTAN SITAGLIPTINA 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	11	11	X		
VIERNES	NO ASISTIO	NO ASISTIO	No asistio	No asistio	NO asistio	X		
SABADO		Moderado	moderado	Moderado	moderado	X		

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	Moder	Moder	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 (v/o responsable):

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: EUSEBIO MARTINEZ POMARE
Edad: _____ Fecha de nacimiento 28-12 1959
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	mode	modera	moderad	moderada		1	
JUEVES	modera	moder	baja	moderada	moderad		1	
VIERNES	Moja	mode	No realizo	Moderada	moderada		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 mensual

-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): _____

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 Leoreton
Medicamentos que toma: Lozartan - 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	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
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

FDESCAI

FORMULARIO INDIVIDUAL DE EVALUACION FISICA

Datos personales

Nombre completo: LINDON Hudson Bowie
Edad: 77 Fecha de nacimiento 16-12-1947
Fecha de diligenciamiento: 11-18-2025 / 11-22-2025
Enfermedades crónicas (si aplica): Hipertencion Arterial Pre Leer zon
Medicamentos que toma: Lozovtan 50 mg
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	Bueno	Bueno	10 min Bueno		✓	
MARTES	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno		✓	
MIERCOLES	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno		✓	
JUEVES	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	11		✓	
VIERNES	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno		✓	
SABADO	Bueno				Bueno			

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: 20-11/2025

-Cambios en tu condición física: muy buena

-Actividades que te gustaron más: caminar

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

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

	INFORME TERAPIA OCUPACIONAL	FDESCAI

INFORME CENTRO DIA – ACTIVIDADES COGNITIVAS

Nombre del profesional: Xiomara Corpus Mosquera
C.C: 1006869666
Fecha: 30 de diciembre del 2025

- **ACTIVIDADES EJECUTADAS.**

SEMANA 1

Objetivo: Se desarrolla actividad grupal, potenciando las habilidades cognitivas por medio del origami.

Actividad: Se ejecuta actividad cognitiva (origami), con la finalidad de potenciar las funciones ejecutivas (atención, memoria, seguimiento de instrucciones, planeación, organización y resolución de problemas), la orientación espacial, la coordinación óculo manual, motricidad fina, planificación motora y asociación.

INTERVENCION 2:

Objetivo: Se da continuidad al proceso de valoración individual de cada usuario, con el fin de identificar las necesidades en el desempeño ocupacional, el nivel de independencia en actividades de la vida diaria e instrumentales, integración sensorial, habilidades cognitivas, orientación y participación social.

Actividad: N/A.

INTERVENCION 3:

Objetivo: Se da continuidad al proceso valoración individual de cada usuario, aplicando instrumentos de evaluación estandarizados con el fin de identificar su nivel de desempeño ocupacional.

Actividad: N/A

SEMANA 2

Objetivo: Potenciar las habilidades cognitivas, motoras y sociales de los adultos mayores.

Actividad: Se realiza actividad del vaso en modalidad de pareja, donde el terapeuta da instrucciones y los participantes reaccionan tomando el vaso, estimulando velocidad de procesamiento, atención, memoria, planificación motora e interacción social.

INTERVENCION 2:

Objetivo: Potenciar las habilidades cognitivas y perceptuales mediante reproducción de figuras.

Actividad: Se presenta una ficha visual con figuras geométricas, luego los participantes deben reproducirla con los elementos dados, estimulando memoria visual, praxias, resolución de problemas y trabajo en equipo.

INTERVENCION 3:

Objetivo: Estimular funciones ejecutivas, percepción visual y motricidad fina.

Actividad: Uso de cubos tipo Rubik y tangram para reproducir rostros y figuras, promoviendo planificación, organización espacial, atención y memoria visual.

SEMANA 4

Objetivo: Promover la participación de los adultos en actividades de ocio y tiempo libre.

Actividad: Actividad de bingo para fortalecer habilidades cognitivas como reconocimiento numérico, memoria, atención y participación social.

INTERVENCION 2:

Objetivo: Fomentar actividades cognitivas orientadas a funciones ejecutivas.

Actividad: Actividad de lotería de patrones donde los participantes identifican y reproducen patrones visuales.

INTERVENCION 3:

Objetivo: Celebración navideña.

Actividad: Actividad grupal que favorece habilidades motoras, cognitivas e interacción social.

ACTIVIDAD RECREATIVA :

Objetivo: Clausura de actividades.

Actividad: Cena navideña con participación activa, música y baile.

INTERVENCION 2:

Objetivo: Potenciar habilidades cognitivas, motoras y grupales.

Actividad: Dinámica tingo tingo tango y juego de globos en equipo.

INTERVENCION 3:

Objetivo: Potenciar planificación motora y destrezas manuales.

Actividad: Desplazamiento de vaso a través de cuerda promoviendo coordinación, concentración y trabajo en equipo.

ACTIVIDAD CAMIANTA RECREATIVA – EN PLAYA.

Objetivo: Cierre del programa.

Actividad: Actividad en playa con espacio de relajación (spa) promoviendo bienestar integral.

- **RESULTADO OBSERVADO CON POBLACIÓN ATENDIDA.**

Se evidenció un resultado positivo en la población adulta mayor, observándose mejoría en sus desempeños ocupacionales a través de la participación en actividades de estimulación cognitiva, motora, actividades de la vida diaria, ocio y participación social.

Asimismo, se evidencian cambios positivos en el estado de ánimo, mayor disposición y participación, teniendo en cuenta adaptaciones según necesidades físicas, cognitivas, visuales y auditivas.

	INFORME TERAPIA OCUPACIONAL	FDESCAI




2. **Actividad vaso**




3. **Reproducción de figura**




4. **Imitación de las actividades básicas de la vida diaria.**



	INFORME TERAPIA OCUPACIONAL	FDESCAI

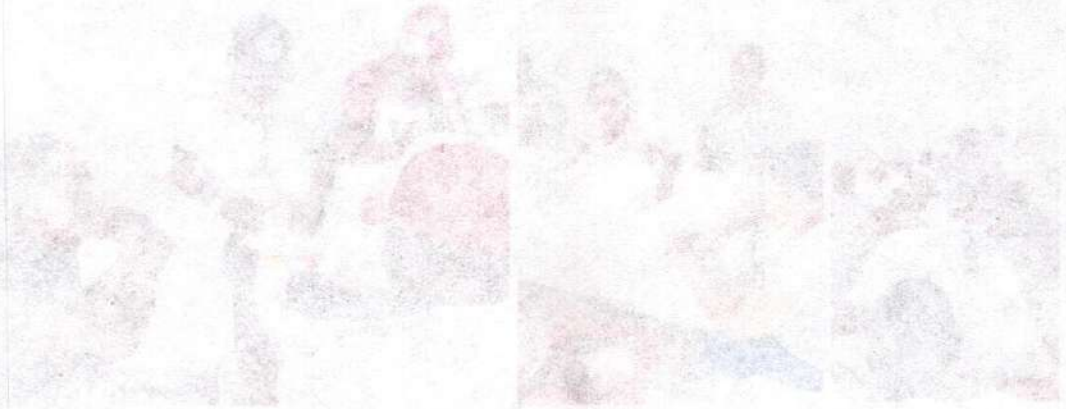


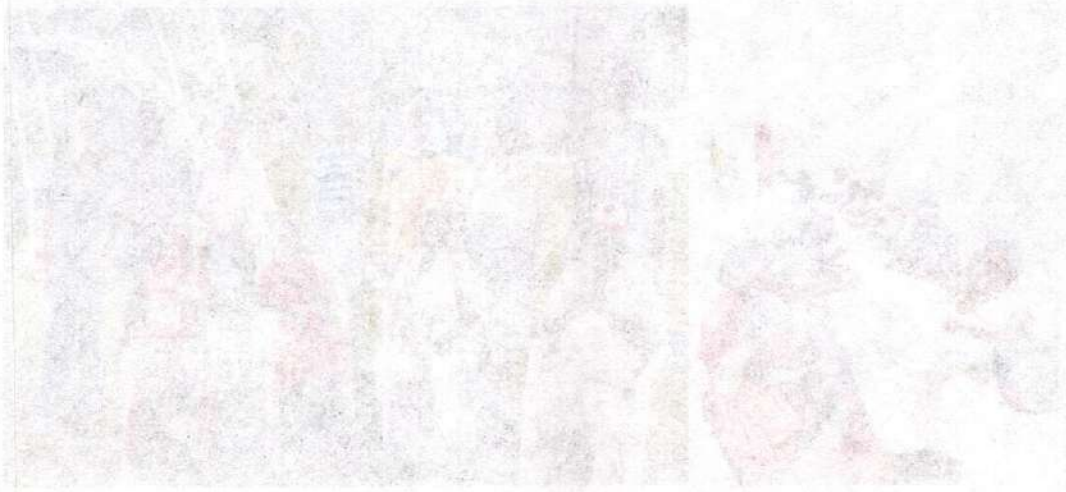

5. Rubi's Cube/ tangram y visita de luces.











6. **Juego bingo.**

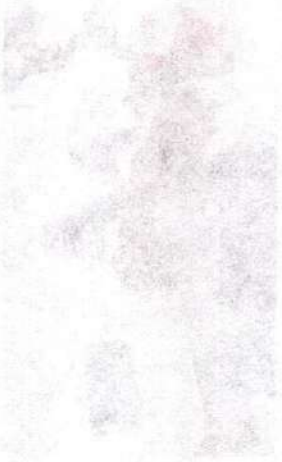


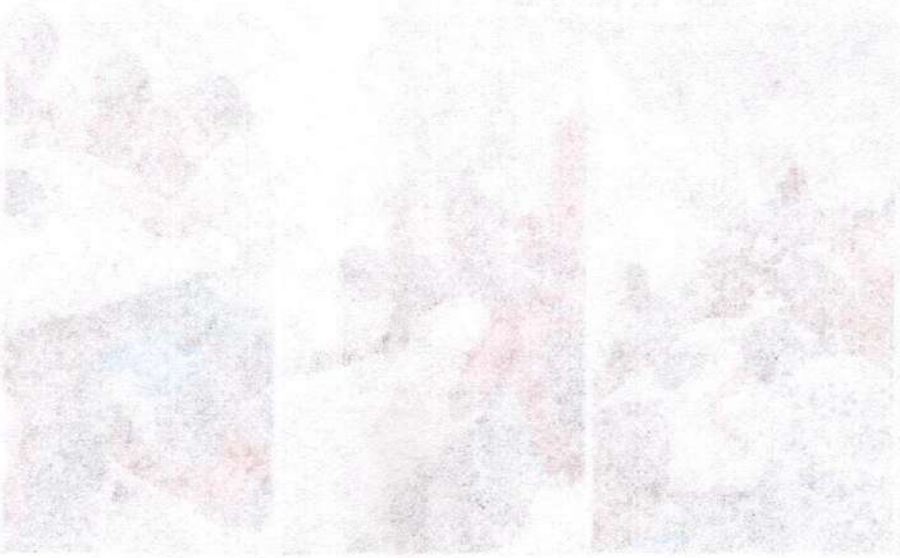


7. **Lotería de patrones.**











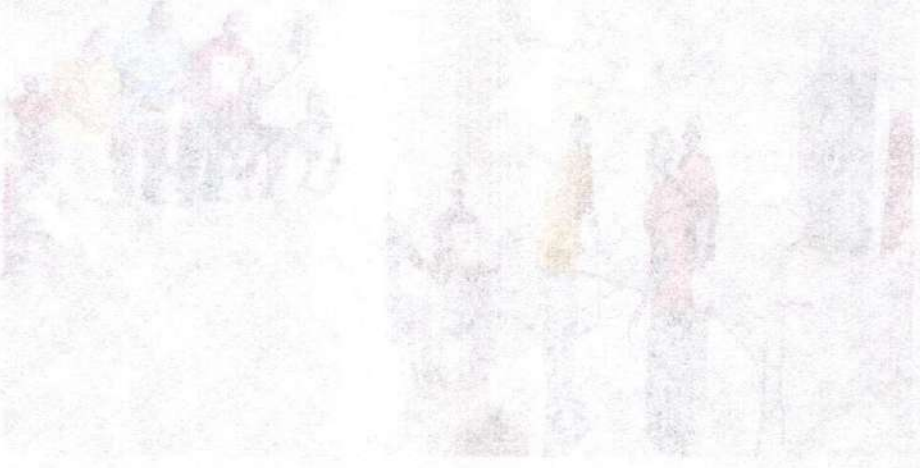
8. Celebración navideña.

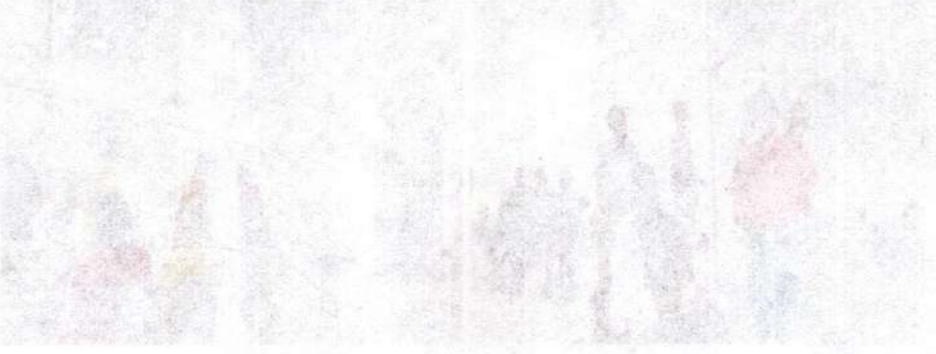












9. Cena navideña.



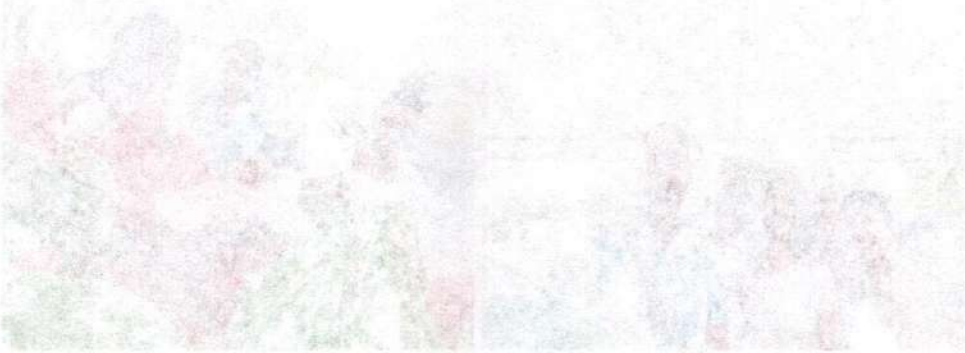


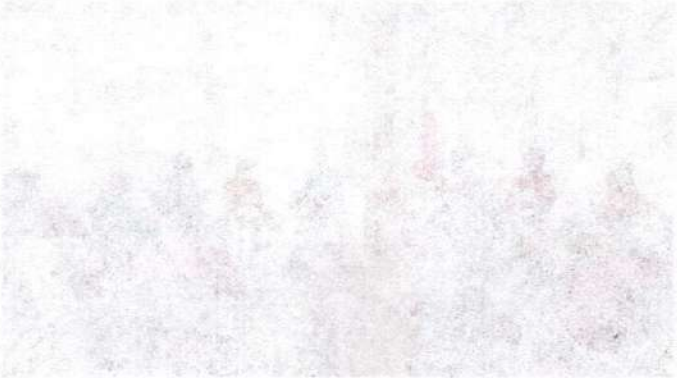
10. Tingo, tingo, tango y juego de globos por equipo.











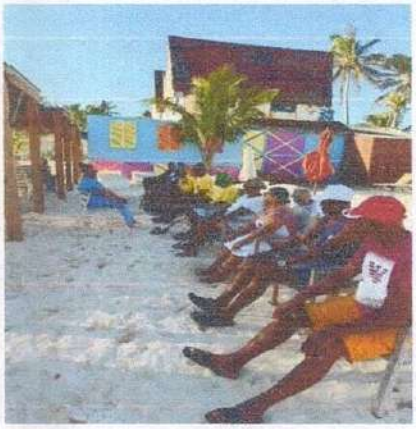
	INFORME TERAPIA OCUPACIONAL	FDESCAI

11. Juego de Vaso desplazándolo a lo largo de una cuerda de lana.



12. Cierre del programa.





XIOMARA CORPUS MOSQUERA
TERAPEUTA OCUPACIONAL.

782

PAPPYER®

Producido por:
FABRIFOLDER S.A.S

COMPROBANTE EGRESO EFECTIVO

No. 06

CIUDAD	FECHA	DÍA	MES	AÑO	VALOR
SAN ANDRES ISLA		30	12	2025	$ 1.059.666

PAGADO A: XIOMARA CORPUS MOSQUERA

POR CONCEPTO DE: ATENCION A LOS 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. 1006869666

FECHA DE RECIBIDO | DÍA | MES | AÑO

FEDESCAI

FDESCAI

San Andrés islas, 31 de diciembre de 2025.

CUENTA DE COBRO No. 006

Yo, Xiomara Corpus Mosquera, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.1.006.869.666, 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,

Xiomara Corpus Mosquera
C.C. 1.006.869.666

	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	FDESCAI

INFORME DE ACOMPAÑAMIENTO A POBLACIÓN ADULTO MAYOR CENTRO DÍA – SAN LUIS

En el marco de las actividades dirigidas a la atención integral de la población adulto mayor del departamento, se realizó acompañamiento a través de una persona certificada en artes artísticas, con el fin de promover el bienestar físico, emocional y social de los participantes.

Durante el desarrollo de las jornadas, se implementaron estrategias basadas en el arte, el baile y las manualidades como herramientas fundamentales para el fortalecimiento de la motricidad, la expresión corporal y la estimulación cognitiva. Estas actividades permitieron que los adultos mayores trabajaran de manera activa sus habilidades motoras, al tiempo que fortalecieron su autoestima y sentido de pertenencia.

A través de la expresión corporal y la práctica de bailes tradicionales, se incentivó la recuperación de la memoria cultural y la conexión con sus raíces, generando espacios de integración y participación. Asimismo, se desarrollaron actividades recreativas donde los participantes pudieron apreciar presentaciones de bailes típicos, fomentando el esparcimiento y la interacción grupal.
Las manualidades, por su parte, contribuyeron al desarrollo de la motricidad fina, la creatividad y la ocupación productiva del tiempo libre, permitiendo que los adultos mayores se sintieran útiles, activos e incluidos dentro de su entorno social.

Mediante la observación continua, se evidenció una participación positiva de los asistentes, reflejada en su disposición, ánimo y mejoramiento en aspectos relacionados con la coordinación y movilidad.
En conclusión, el acompañamiento brindado a la población adulto mayor del departamento, a través de actividades artísticas y recreativas, contribuye significativamente al mejoramiento de su calidad de vida, fortaleciendo sus capacidades físicas, emocionales y sociales.

Desde el componente artístico, las actividades fueron orientadas bajo un enfoque participativo, inclusivo y terapéutico, reconociendo el arte como un medio de transformación social y fortalecimiento individual. Se promovió el desarrollo de procesos creativos adaptados a las capacidades y ritmos de cada adulto mayor, favoreciendo la autonomía, la libre expresión y el disfrute.

El uso del baile y la expresión corporal permitió trabajar no solo la motricidad gruesa, sino también la coordinación, el equilibrio y la conciencia corporal, contribuyendo a la prevención del deterioro físico. Asimismo, estas prácticas fortalecieron la confianza en sí mismos y fomentaron la interacción social, reduciendo posibles estados de aislamiento.

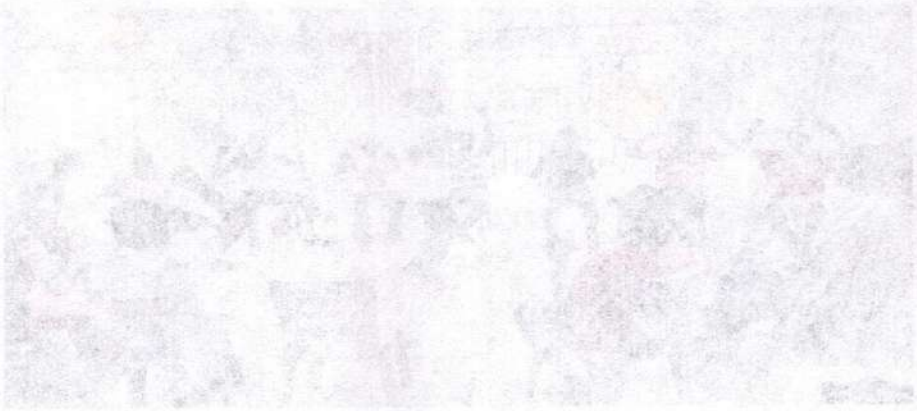
En cuanto a las manualidades, se implementaron técnicas que estimularon la motricidad fina, la concentración y la memoria, a través de actividades como recorte, armado y creación artística. Estas experiencias facilitaron espacios de relajación y bienestar emocional, además de potenciar habilidades cognitivas y creativas.

Cabe resaltar que las actividades artísticas también cumplieron un papel fundamental en la resignificación de experiencias de vida, permitiendo a los participantes evocar recuerdos, compartir saberes y fortalecer su identidad cultural.

El acompañamiento evidenció que el arte es una herramienta eficaz para el mejoramiento de la calidad de vida en la población adulto mayor, ya que contribuye al fortalecimiento de habilidades físicas, cognitivas y socioemocionales. Se observó mayor disposición, participación activa y sentido de pertenencia por parte de los beneficiarios, así como una mejora significativa en su estado de ánimo y relaciones interpersonales.





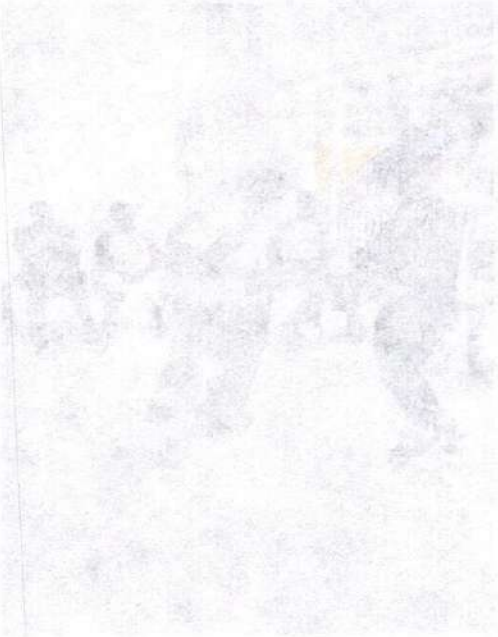


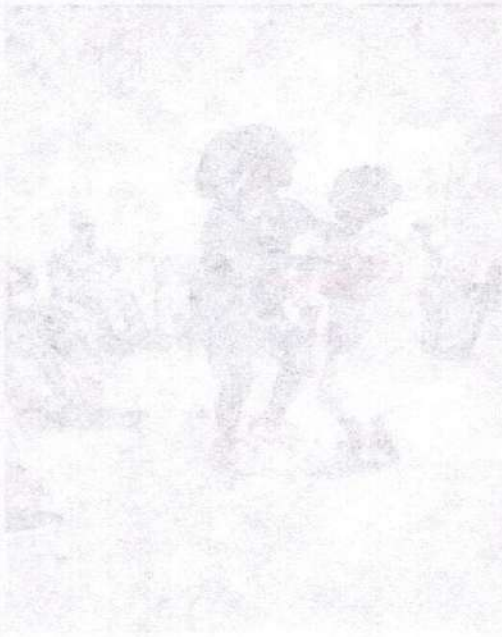


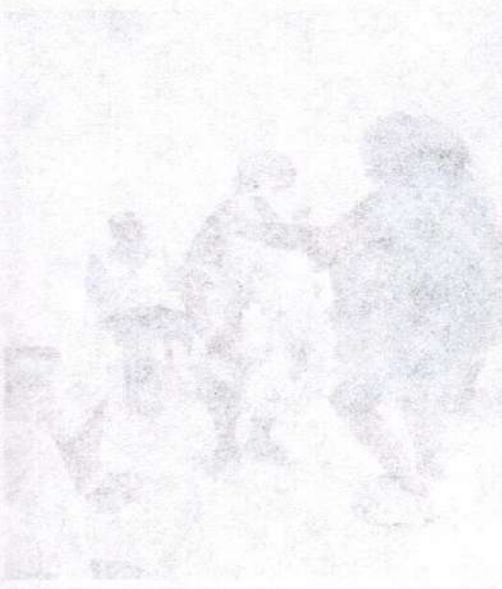












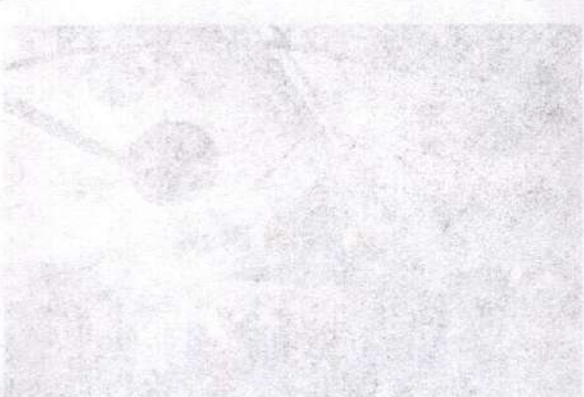


Como cierre de la actividad, se realizó la presentación de un baile típico representativo de la población isleña, orientada al fortalecimiento de la identidad cultural. Dicha muestra permitió a los adultos mayores la apropiación, reconocimiento y valoración de sus tradiciones y manifestaciones dancísticas autóctonas.

EDUARDO P.

EDUARDO POLO

Arte y recreación.



PAPPYER®

Producido por:
FABRIFOLDER S.A.S

COMPROBANTE EGRESO EFECTIVO

No. 09

CIUDAD	FECHA	DÍA	MES	AÑO	VALOR $
SAN ANDRES ISLA		31	12	2025	14 059.066

PAGADO A: EDUARDO POLO P

POR CONCEPTO DE: ATENCION 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

Eduardo Polo P

C.C. X NIT. No. 73149.131

FECHA DE RECIBIDO | DÍA | MES | AÑO

FDESCAI

San Andrés islas, 31 de diciembre de 2025.

CUENTA DE COBRO No. 009

Yo, Eduardo Polo, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 73.149.131, 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,

Eduardo Polo
C.C. 73.149.131

ACTA DE RECONOCIMIENTO DE SABERES EMPÍRICOS Y EXPERIENCIA PRÁCTICA EN ACTIVIDADES OCUPACIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN DIRIGIDAS A PERSONAS ADULTAS MAYORES

ENTIDAD TERRITORIAL:	Gobernación De San Andrés Islas, Providencia y Santa Catalina
DEPENDENCIA:	Secretaría Desarrollo Social
PROGRAMA O SERVICIO:	Centro Dia
LUGAR:	San Andrés Isla
FECHA:	Servicio prestado como apoyo a la gestión en manualidades.

ACTA DE RECONOCIMIENTO DE EXPERIENCIA EMPÍRICA Y APOYO A LA GESTIÓN

En el Departamento Archipiélago de San Andrés, a los 31 días del mes de diciembre de 2025, el ente territorial deja constancia mediante la presente acta que la señora ***Yvonne Cecilia Correal de Carpanetti***, identificada con cédula de ciudadanía ***No. 51.588.976***, desarrolló actividades de apoyo a la gestión en calidad de persona empírica como instructora de actividades artísticas en el área de manualidades.

Las actividades fueron realizadas en el marco del apoyo brindado a la Fundación para el Desarrollo Económico, Social y Cultural de las Agrupaciones Isleñas, identificada con NIT. 900.746.931 - 9, mediante la ejecución de actividades dirigidas a los adultos mayores beneficiarios del Centro Día de San Luis.

Se deja constancia que la señora Ivone Correal prestó sus servicios y aporto sus conocimientos empíricos en actividades manuales y artísticas, desarrollando trabajos creativos y decorativos de manera artesanal. Dentro de las labores realizadas se destacan la pintura y decoraciones, participando activamente en cada etapa del proceso hasta la terminación final de cada pieza, haciéndole acompañamiento para los adultos mayores, durante el período comprendido entre los meses de noviembre y diciembre de 2025, cumpliendo de manera satisfactoria con las labores encomendadas y apoyando el desarrollo de las actividades programadas.

La presente acta se expide como reconocimiento a la experiencia empírica desarrollada y al apoyo a la gestión realizado dentro de las actividades ejecutadas en beneficio de la comunidad adulta mayor.

En constancia se firma a los 31 días del mes de diciembre de 2025.

Nombre: Johanna Wiches D.
Cargo: Secretaria de Desarrollo Social.

Yvonne Cecilia Correal
CC. 51.588.976

CENTRO DIA ADULTO MAYOR

FDESCAI

INFORME DE ACOMPAÑAMIENTO A POBLACIÓN ADULTO MAYOR
CENTRO DÍA – SAN LUIS

INFORME DE ACTIVIDAD – MANUALIDADES

INTRODUCCIÓN

El Centro Vida San Luis desarrolla actividades orientadas al bienestar integral del adulto mayor, promoviendo espacios de participación activa, recreación y fortalecimiento de habilidades. Las manualidades constituyen una herramienta fundamental para estimular la creatividad, la motricidad fina y la integración social de los participantes.

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD

Fomentar la creatividad, la participación y el desarrollo de habilidades manuales en los adultos mayores, contribuyendo a su bienestar emocional, cognitivo y social.

Durante la jornada se realizó un taller de manualidades consistente en la decoración de botellas recicladas, donde los participantes utilizaron materiales como pintura, papel decorativo y otros elementos creativos. La actividad se desarrolló de manera grupal, permitiendo la interacción entre los adultos mayores, quienes compartieron experiencias, ideas y momentos de esparcimiento. Se evidenció acompañamiento constante por parte del personal encargado, brindando orientación y apoyo en el desarrollo de cada manualidad.

METODOLOGÍA

Organización del grupo en mesa de trabajo.
Entrega de materiales reciclables (botellas, pinturas, pinceles, etc.).
Explicación paso a paso de la actividad.
Acompañamiento individual y grupal.
Socialización de los resultados obtenidos.

Resultados obtenidos

Alta participación e interés por parte de los adultos mayores.
Fortalecimiento de habilidades motoras y cognitivas.
Estimulación de la creatividad y expresión artística.
Integración social y mejora del estado de ánimo de los participantes.
Las actividades de este tipo contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida de los adultos mayo
promoviendo su autonomía, autoestima y bienestar emocional.
Se evidencia la participación activa de los adultos mayores en la elaboración de manualidades, trabajan
manera organizada en un ambiente de respeto, integración y acompañamiento.

e

Las actividades de manualidades desarrolladas en el Centro Vida San Luis son fundamentales para el envejecimiento activo, ya que permiten mantener y fortalecer capacidades físicas, cognitivas y sociales. Asimismo, generan espacios de recreación y convivencia que impactan positivamente en la calidad de vida de los adultos mayores.

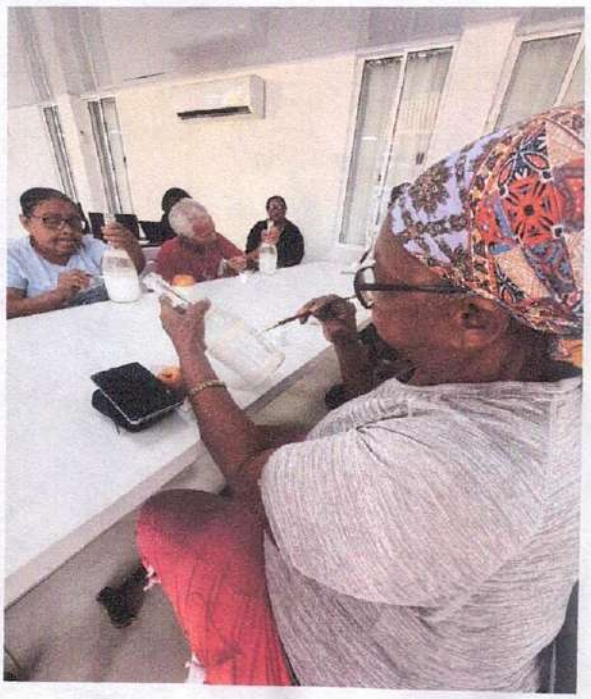
El desarrollo de actividades de manualidades en el Centro Vida San Luis contribuye significativamente al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, promoviendo el envejecimiento activo, la autonomía y la integración social.

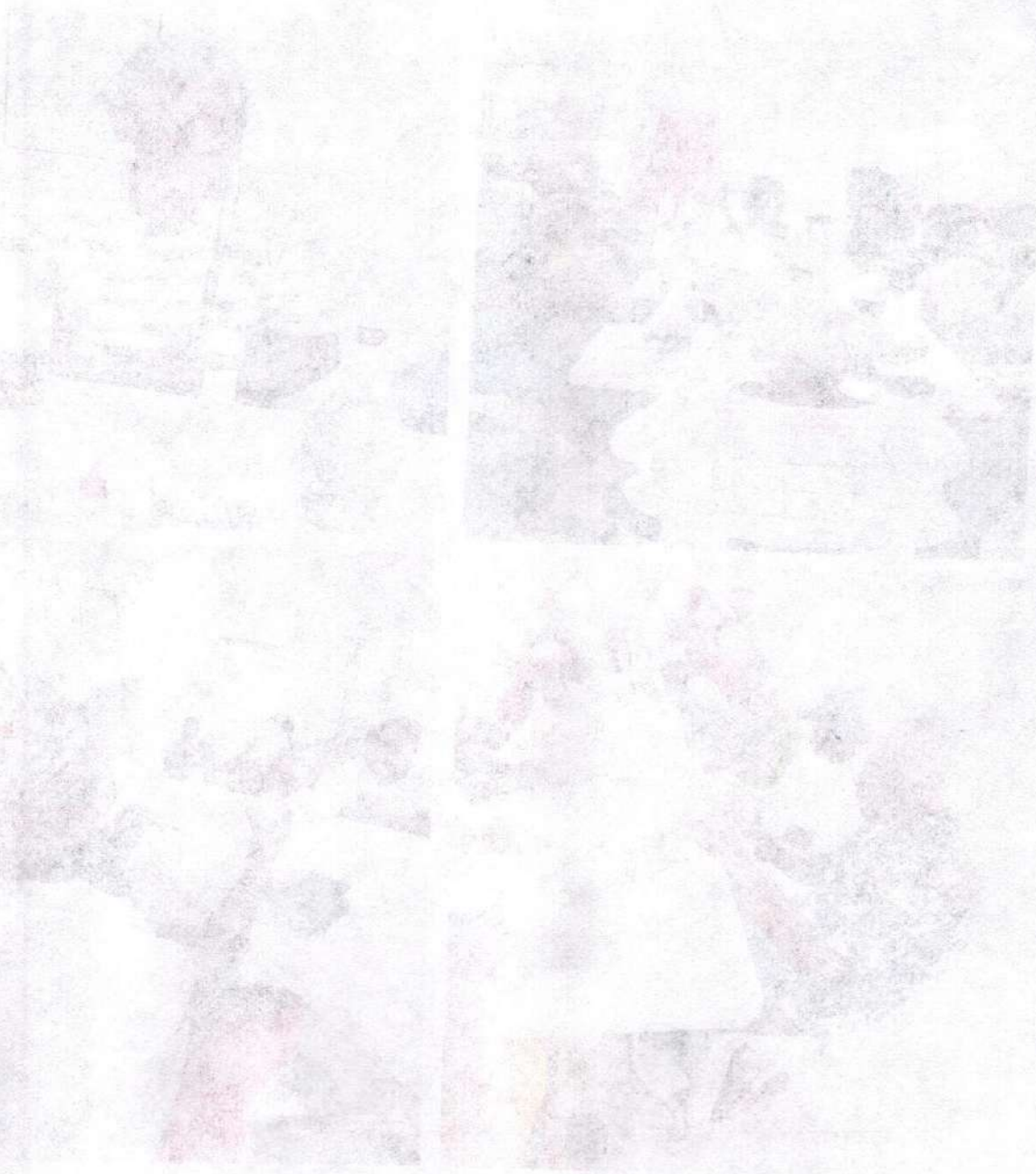
Estas estrategias permiten fortalecer habilidades cognitivas y motrices, así como generar espacios de esparcimiento que impactan positivamente en el bienestar físico y emocional de la población atendida.



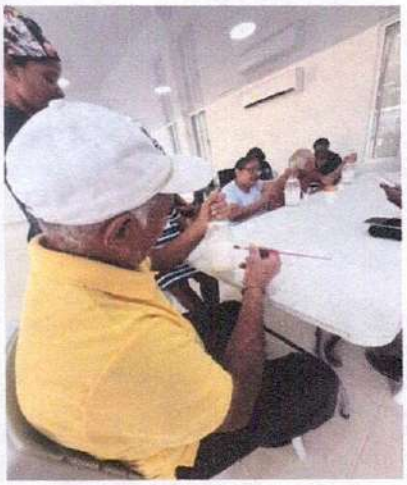








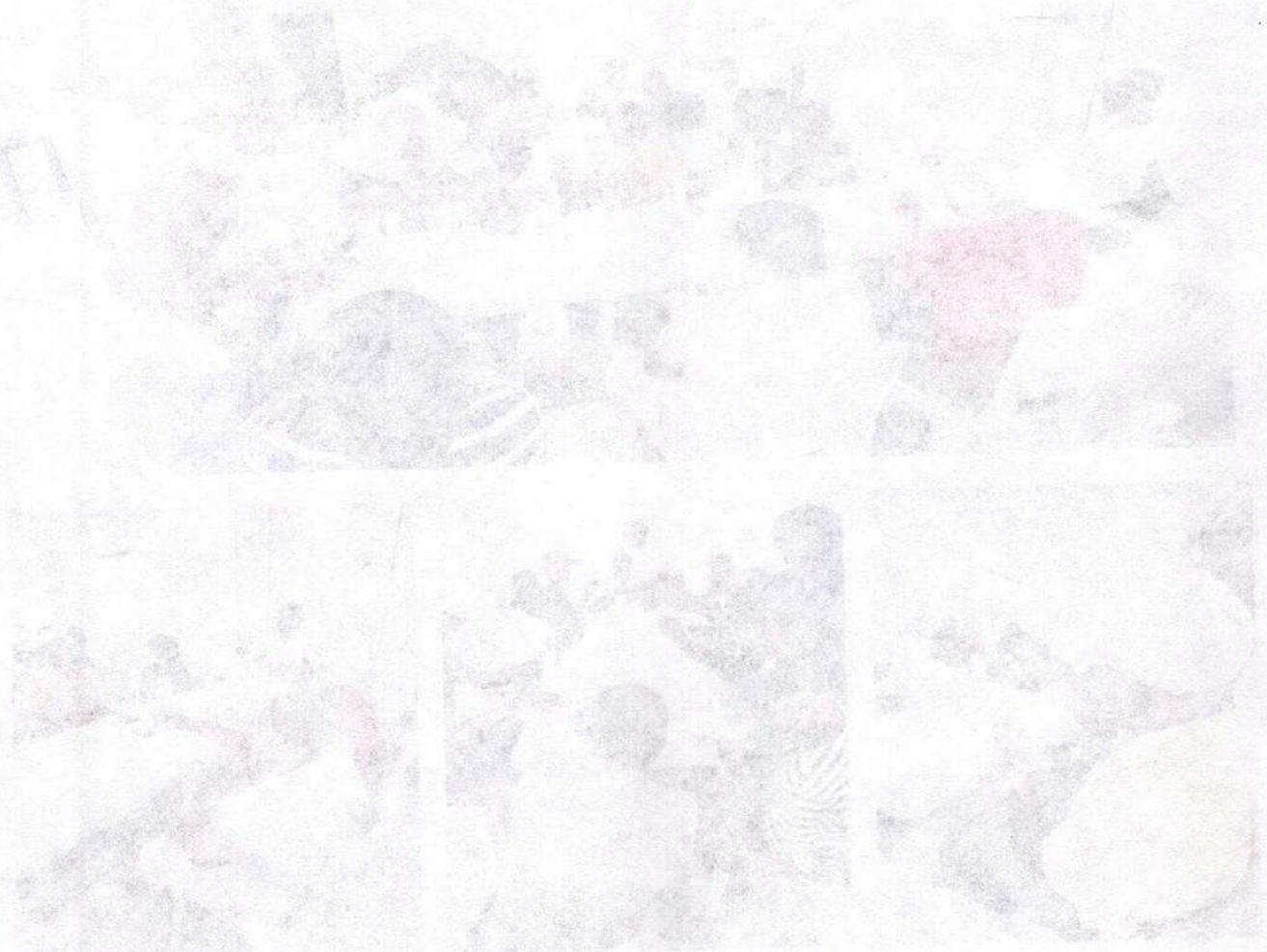








YVONE CORREAL
ARTE Y MANULIDADES



794

PAPPYER®

Producido por:

FABRIFOLDER S.A.S

COMPROBANTE EGRESO EFECTIVO

No. 011

CIUDAD: SAN ANDRES ISLA

FECHA: DÍA 30 MES 12 AÑO 2025

VALOR $ 11.059.066

PAGADO A: YVONNE CORREAL

POR CONCEPTO DE: ATENCION A LOS ADULTOS MAYORES CENTRO VIDA SAN LUIS

LA SUMA DE: (EN LETRAS)

CHEQUE No.

BANCO

EFECTIVO

SUCURSAL

CONTABILIZACIÓN

CODIGO P.U.C.	CUENTA	DÉBITOS	CRÉDITOS

FDESCAI NIT. 900745931-9

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Yvonne Correal

C.C. [x] NIT. [ ] No. 31 588 976

ELABORADO	APROBADO	CONTABILIZADO

FECHA DE RECIBIDO: DÍA MES AÑO

FDESCAI

San Andres islas, 31 de Diciembre de 2025

CUENTA DE COBRO No. 011

Yo, Yvonne Correal identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 51.588.976 solicito el pago a FDESCAI con NIT. 900746931-9, por concepto de:

Prestación de Servicios artísticos y manualidades 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,

Yvonne Correal

C.C. 51.588.976

	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	FDESCAI

INFORME DE TRABAJADORA SOCIAL

Diciembre 2025

- **Población Objeto:** Adultos mayores en situación de vulnerabilidad social, económica o con deterioro cognitivo/físico leve-moderado, en la zona de San Luis.
- **Objetivo de la Intervención:** Potenciar la autonomía funcional, mantener capacidades cognitivas y fomentar la participación social.

Este informe destaca el impacto positivo en el centro vida en san Luis, priorizando a adultos mayores vulnerables, donde se tuvo la oportunidad de trabajar con 20 adultos y un grupo interdisciplinario con amplios conocimientos teóricos/prácticos que colaboraron hacia un objetivo común, integrando enfoques para resolver problemas complejos de manera integral. Se caracterizaron por la interacción, el intercambio de conocimientos, la toma de decisiones compartida y la mejora de la productividad. En el proceso con nuestros adultos mediante estimulación cognitiva, sensorial, física y de socialización, se lograba mejorar la autonomía, autoestima e integración social, reduciendo el riesgo de exclusión. La continuidad del servicio es esencial para mantener su calidad de vida, funcionalidad y autonomía.

El centro día ha funcionado como un agente de inclusión, identificando las necesidades ocupacionales de adultos mayores en riesgo de exclusión, asegurando que reciban estimulación adecuada que no tienen en sus hogares.

Aspectos Positivos y Logros :

Mejora en el Desempeño Ocupacional: A través de la estimulación cognitiva y sensorial, se ha evidenciado una mejora en la orientación a la realidad y el mantenimiento de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Impacto en la Salud Mental: Se ha fortalecido la autoestima y la confianza de los adultos, lo que previene la depresión, el aislamiento social, la soledad mejorando el estado de ánimo y la autoestima al fomentar vínculos con pares y actividades recreativas.

Enfoque de Derechos: La intervención prioriza la dignidad humana y el respeto por los deseos de los adultos mayores, garantizando un acompañamiento humanizado.

Autonomía y Desempeño Ocupacional:

Mantenimiento Funcional: El enfoque no es "hacer por ellos", sino facilitar que realicen sus Actividades de la Vida Diaria (AVD) y Básicas Cotidianas (ABC) de forma independiente el mayor tiempo posible y desempeño fundamental para el bienestar, abordándolo desde la exploración de intereses y facilitadores en el entorno.

Atención Centrada en la Persona:

Enfoque en Autonomía y Dignidad

- **Independencia Funcional:** Más que "cuidar", el objetivo que se buscaba era que el adulto mayor mantuviera su capacidad para realizar Actividades de la Vida Diaria (AVD).
- **Proyecto de Vida:** Las intervenciones se enfocaron en que cada persona mayor tuviera metas diarias, promoviendo la autodeterminación y la autorresponsabilidad.

Aprovechamiento del Entorno

- **Terapia Ambiental:** El entorno de la isla (mar, brisa, espacios abiertos) se incluyó como parte de la rehabilitación psicomotriz y la estimulación sensorial.

- **Pertenencia Cultural:** Integrar la música, gastronomía y tradiciones raizales en las actividades de ocio y tiempo libre. Esto fortaleció la identidad y la salud emocional de cada uno.

Estándares de Calidad y Seguridad

- **Accesibilidad Total:** Garantizar que la infraestructura cumpla con normas de accesibilidad para el debido desplazamiento y ayudas técnicas, ofreciendo un ambiente seguro y acogedor.
- **Nutrición Adaptada:** Se trabajo con la vigilancia nutricional con estándares de calidad que respeten los gustos locales, pero aseguren el balance necesario para la edad y los requerimientos de cada uno.

Participación Social Activa

- **Integración Comunitaria:** El centro vida se convirtió en un punto de encuentro donde el adulto mayor participaba activamente en la sociedad con sus compañeros, en la isla con las visitas exteriores evitando el aislamiento.

Aspectos claves del Trabajo realizado Centro Día:

Evaluación e Intervención Funcional: Se valoraron las capacidades físicas y cognitivas para diseñar intervenciones personalizadas y/o grupales que mantengan la independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Actividades Significativas: Se diseñaron junto con los profesionales talleres de estimulación cognitiva (memoria, atención), actividades productivas y de ocio para fomentar la participación social y el bienestar emocional.

Enfoque Holístico: No se limita a lo físico, sino que aborda aspectos emocionales y sociales para un envejecimiento más armonioso.

Desde la perspectiva del TS, se busca transformar el entorno y la rutina del centro en oportunidades para que cada persona mantenga su rol social y sentido de vida, incluso con limitaciones físicas; todo un trabajo en conjunto con los profesionales que nos acompañaron durante el proceso.

Continuidad del Centro Vida.

Este acompañamiento, debe ser constante y continuo, no dejarlo interrumpir; ya que conllevaría un deterioro de las funciones físicas y mentales, mayor dependencia y exclusión social. La terapia ocupacional en el centro día es una inversión que mantiene la autonomía de los mayores.

La continuación del centro día para adultos mayores se justifica para promover el envejecimiento activo, mejorar la calidad de vida y fomentar la autonomía funcional y cognitiva de los usuarios. Proporciona un entorno seguro de socialización, alivia la carga de cuidado familiar y combate la soledad y la depresión, manteniendo a las personas mayores integradas en su comunidad.

Son espacios clave para reducir la soledad y el aislamiento social, fomentando nuevas relaciones interpersonales, la creatividad y mejorando el estado de ánimo.

MELLANIE CORPUS MEDINA
TRABAJDORA SOCIAL.

PAPPYER®

Producido por:
FABRIFOLDER S.A.S

COMPROBANTE EGRESO EFECTIVO

No. 03

CIUDAD: SanAndres

FECHA: DÍA 30 | MES 12 | AÑO 2025

VALOR $ 1.059.066

PAGADO A: MELANIE CORPUS MEDINA

POR CONCEPTO DE: TRABAJADORA SOCIAL EN LA ATENCION ADULTOS MAYORES

LA SUMA DE: (EN LETRAS)

CHEQUE No. | BANCO | EFECTIVO

SUCURSAL

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Melanie

C.C. | NIT. | No. 1123 635 279

FECHA DE RECIBIDO | DÍA | MES | AÑO

CONTABILIZACIÓN

CODIGO P.U.C.	CUENTA	DÉBITOS	CRÉDITOS

FDESCAI
NIT. 900746931-9

ELABORADO	APROBADO	CONTABILIZADO

Melanie Corpus Medina, identificado(a) con cédula de
ago a FDESCAI con NIT: 900746931-9, por concepto de

stación de Servicios profesionales al centro de adult
1.059.066 COP (**once millones cincuenta y**

Forma de pago: Efectivo

Atentamente,

Melanie Corpus Medina
C.C. 1.123.635.279

	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	FDESCAI

INFORME INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del profesional: Jacinth Pomare Jay.

C.C: 1007416576

Fecha: 31 de diciembre de 2025

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- **ACTIVIDES SEMANA 1 :**

Actividad: En el primer encuentro con la población, se realiza valoración inicial la cual consiste en recopilar información detallada mediante técnicas de entrevista y observación.

Objetivo: Este proceso permite obtener una comprensión integral del funcionamiento mental, emocional así como de las capacidades cognitivas de los adultos mayores. Esto con la finalidad de orientar la atención e intervención psicológica, enfocada a las necesidades identificadas, con el propósito de brindar un acompañamiento integral, promover la participación activa y favorecer el bienestar y calidad de vida de los adultos mayores vinculados al proyecto Centro Día.

- **ACTIVDADES SEMANA 2 :**

Actividad: Se brinda psicoeducación emocional a los adultos mayores, con el propósito de fortalecer la comprensión, expresión y regulación emocional, fomentando el bienestar psicológico, así como la adaptación a los cambios propios del envejecimiento y una mejor calidad de vida.

Objetivo: Esta actividad tuvo como finalidad reforzar la identificación de las emociones básicas, normalizando la presencia de estas durante esta etapa de la vida, aportando información accesible de los cambios emocionales relacionadas a la vejez, pérdidas, enfermedades o cambios en la dinámica familiar. Así mismo, se brinda orientación sobre estrategias de regulación emocional a fin de que los adultos mayores puedan darle un manejo adecuado de afrontamiento adaptativas a aquellas emociones difíciles, y a su vez integrar un cuidado emocional como parte del autocuidado integral.

- **ACTIVIDADES SEMANA 3 :**

Actividad: 1. Torre de vasos – números: la actividad inicia con la conformación de dos subgrupos. A ambos se le presenta un cartel que muestra la organización y secuencia numérica de los vasos. Posteriormente, los adultos mayores deben recordar y ubicar los vasos según el orden observado.

2. Vasos – números: al grupo se le presenta un cartel con círculos que contienen puntos representando los números de 0 a 10, seguidamente, los adultos mayores deben identificar la cantidad de puntos y ubicar los vasos enumerados que correspondan a cada círculo.

Objetivo: El desarrollo de estas actividades es fortalecer los procesos cognitivos y socioemocionales de los adultos mayores a través de dinámicas, enfocadas en la estimulación cognitiva como la atención, trabajo en equipo y el bienestar psicológico, todo ello en un entorno de acompañamiento y apoyo.

- **ACTIVIDAES SEMANA 4 :**

Actividad: Mediante espacios de escucha activa se brinda intervenciones individuales a los adultos mayores, centrados en la identificación de las necesidades emocionales, orientación y acompañamiento psicológico.

Objetivo: Fomentar el reconocimiento de sus recursos y el desarrollo de estrategias de afrontamiento, con el objetivo de favorecer su adaptación a las situaciones de vida y contribuir a una mejor calidad de vida.

- **ACTIVIDES SEMANA 1 :**

Actividad: Se da continuidad al proceso de intervención individual centrados en la identificación de las necesidades emocionales, orientación y acompañamiento psicológico.

Objetivo: Continuar fortaleciendo el acompañamiento emocional y la identificación de necesidades.

- **ACTIVIDES SEMANA 2 :**

Actividad: Celebración navideña.

Objetivo: Mediante esta actividad se brinda acompañamiento en espacios de recreación y disfrute de los adultos mayores, promoviendo la participación activa y contribuyendo a la creación de un ambiente de integración y bienestar emocional.

- **ACTIVIDES SEMANA 3 :**

Actividad: Clausura de los clubes de fraternidades doradas y de los líderes de los programas de transferencias monetarias.

Objetivo: Este espacio de clausura permitió un ambiente de disfrute y participación activa, fomentando los lazos de unión entre los adultos mayores y facilitando experiencias enriquecedoras y habilidades sociales.

- **ACTIVIDES SEMANA 4 :**

Actividad: Se lleva a cabo dinámica "pelota viajera" en la cual se favorece la expresión individual y participación activa de los adultos mayores.

Objetivo: Favorecer la integración y el bienestar emocional de los adultos mayores, promoviendo la expresión de experiencias dentro del programa, así como el reconocimiento mutuo y el fortalecimiento de los vínculos sociales.

- **ACTIVIDES DE JUEGO:**

Actividad: Tingo, tingo, tango: el desarrollo de esta actividad consiste en que cada participante pase un globo a la persona que se encuentra a su lado, siguiendo las indicaciones del profesional. Finalizando la ronda el participante que quede con el globo debe identificar y compartir verbalmente las emociones que le ha generado su integración dentro del programa.

Objetivo: Favorecer el reconocimiento, identificación y la expresión adecuada de las emociones, fortaleciendo a su vez la comunicación afectiva, el bienestar emocional y facilitar la adaptación e integración social dentro del programa.

- **ACTIVIDAD RECREATIVA :**

Actividad: Se realiza salida recreativa con los adultos mayores para observación de luces navideñas, orientadas a promover el bienestar emocional, la integración social y participación activa. Creando espacios de evocación de recuerdos positivos y la interacción social.

Objetivo: Fortalecer vínculos sociales mediante espacios de acompañamiento, promoviendo la construcción de experiencias significativas de disfrute y bienestar.

- Actividad: Cierre del programa.

Objetivo: Mediante espacio de relajación, se promueve el bienestar emocional orientado al autocuidado, el fortalecimiento de la resiliencia, la disminución del estrés y reconocimiento personal.

RESULTADO FINAL

El proceso de atención psicológica tuvo un impacto significativo en la población de adultos mayores, evidenciado en una participación activa en las actividades propuestas, una mayor integración grupal, el fortalecimiento de vínculos sociales y una expresión emocional más abierta.

Asimismo, se observó un incremento en la percepción del bienestar emocional, el fortalecimiento de la regulación emocional y el desarrollo de habilidades de

afrontamiento, actuando con un manejo más adecuado frente a las dificultades emocionales.

Reflejando un avance significativo y experiencia positiva y enriquecedora, contribuyendo a una mejor calidad de vida y mayor participación social.

Profesional de la salud: Jacinth Pomare Jay

Número de registro: 296661.

Fecha: 31 de diciembre de 2025.

807

PAPPYER

Producido por:
FABRIFOLDER S.A.S

COMPROBANTE EGRESO EFECTIVO

No. 02

CIUDAD	FECHA	DÍA	MES	AÑO	VALOR
SAN ANDRES ISLA		30	12	2025	$ 11.054.066

PAGADO A: JACINTH POMARE Yery

POR CONCEPTO DE:

PSICOLOGIA. ATENCION A LOS ADULTOS MAYORES "CENTRO VIDA SANGU

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. 1007416576

FECHA DE RECIBIDO | DÍA | MES | AÑO

02

FDESCAI

San Andrés islas, 31 de diciembre de 2025.

CUENTA DE COBRO No. 002

Yo, Jacinth Pomare Jay, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.007.416.576, 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 $ 11.059.066 COP (**once millones cincuenta y nueve mil sesenta y seis pesos).**

Forma de pago: Efectivo

Atentamente,

Jacinth Pomare Jay

C.C. 1.007.416.576

809

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007644976		JACINTHIN ROMARE JAY	INDEPENDIENTE	Principal	HILL WELL	SAN ANDRES SAN ANDRES	3105148269	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12		64973.30259	E	2026-01-21			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																							PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	In	Ret	Tde	Tae	Tdp	Tap	VSP	Cor	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Irp	Rep	Ede	Eae	Edp	Eap	Dot	Sln	Ige	Lma	Vac	Avp	Vct	Irp	Rep	Ede	Eae	Edp	Eap	Dot	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Cotizante SENA e ICBF
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																																													
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																																													
Ciudad: SAN ANDRES Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)																																													
2	CC	1007644976	ROMARE JACINTHIN	X																																	25-14	30	EPS037	30		X	CCF055	30	0,522	30	No
Total Afiliados(1)																																													

aportes en línea

Planilla Resumen

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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$405,800	$0	$0	$405,800

	CENTRO DIA ADULTO MAYOR	FDESCAI

INFORME DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA AL ADULTO MAYOR

FISIOTERAPEUTA:
LEONELLA ALDANA ZAPATA

1. Introducción

El envejecimiento poblacional conlleva una serie de cambios fisiológicos, funcionales y psicosociales que pueden impactar la independencia y calidad de vida del adulto mayor. Entre los principales riesgos asociados se encuentran las caídas, la disminución de la fuerza muscular, alteraciones en la marcha y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial.

Desde el ámbito de la fisioterapia, es fundamental la implementación de programas de promoción, prevención y mantenimiento funcional que permitan identificar factores de riesgo y fortalecer las capacidades físicas y cognitivas del adulto mayor. En este contexto, se desarrolló un programa de intervención fisioterapéutica dirigido a un grupo de adultos mayores, con énfasis en la valoración funcional, el riesgo de caídas y el fortalecimiento de habilidades motoras y cognitivas.

2. Objetivo General

Diseñar e implementar un programa de intervención fisioterapéutica dirigido a adultos mayores, orientado a la valoración integral de su estado funcional y al fortalecimiento de la movilidad, el equilibrio, la fuerza, la coordinación y las funciones cognitivas, con el fin de prevenir caídas y promover la autonomía en las actividades de la vida diaria.

3. Objetivos Específicos

- Realizar historia clínica fisioterapéutica a los adultos mayores participantes del programa.
- Aplicar baterías de evaluación funcional para determinar el riesgo de caídas y el nivel de independencia en las actividades de la vida diaria.
- Identificar alteraciones en la marcha, el equilibrio y la movilidad funcional.
- Diseñar actividades terapéuticas adaptadas a las capacidades funcionales individuales de los participantes.
- Fortalecer la fuerza muscular, la coordinación óculo-manual y óculo-pedal, el equilibrio y las funciones cognitivas.
- Promover la adherencia a la actividad física terapéutica y la participación activa de los adultos mayores.
- Contribuir a la prevención de complicaciones asociadas a enfermedades crónicas, especialmente la hipertensión arterial.

4. Población Atendida

El programa se desarrolló con un grupo de 20 adultos mayores, quienes participaron de manera activa y voluntaria en todas las sesiones programadas.

4.1 Valoración Inicial

Se realizó historia clínica fisioterapéutica individual, recopilando información relevante sobre antecedentes personales, patologías de base, consumo de medicamentos y nivel de funcionalidad.

Posteriormente, se aplicaron baterías de evaluación enfocadas en:

- Riesgo de caídas: Los resultados evidenciaron que la totalidad de los participantes presentaban un alto riesgo de caída, al superar el tiempo establecido como parámetro normal en las pruebas aplicadas.
- Independencia funcional: Según las escalas utilizadas para actividades básicas de la vida diaria, el 100 % de los adultos mayores se clasificó como totalmente independiente.
- Marcha y movilidad: Se identificaron 6 adultos mayores con disminución en la marcha, por lo cual las actividades se realizaron en posición sedente (silla), garantizando seguridad y adecuada ejecución. Los 11 adultos restantes se movilizaban de manera independiente, algunos con el uso de ayudas externas como bastones.

4.2 Condiciones de Salud Relevantes

Se evidenció un alto porcentaje de adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, quienes se encontraban medicados y con control farmacológico activo, lo cual fue tenido en cuenta para la dosificación y progresión de los ejercicios terapéuticos.

5. Intervención Fisioterapéutica

Durante el desarrollo del programa, se llevaron a cabo actividades terapéuticas grupales e individuales, adaptadas al nivel funcional de cada participante, las cuales incluyeron:

- Ejercicios de fortalecimiento muscular de miembros superiores e inferiores.
- Actividades de equilibrio estático y dinámico, con énfasis en la prevención de caídas.
- Ejercicios de coordinación óculo-manual y óculo-pedal.
- Actividades orientadas a mejorar la marcha y la movilidad funcional, según las capacidades individuales.
- Ejercicios de concentración y memoria, integrados a las actividades físicas.
- Trabajo en posición sedente para los participantes con mayor compromiso de la marcha, y en bipedestación para quienes presentaban mayor independencia funcional.

Todos los participantes demostraron adecuada adherencia y participación activa en las actividades propuestas, ejecutando los ejercicios de manera segura y motivada.

6. Resultados

- El 100 % de los adultos mayores mantiene independencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria.
- Se evidenció alto riesgo de caídas en la totalidad del grupo, lo que resalta la importancia de continuar con programas preventivos.
- Se identificó un subgrupo con alteraciones en la marcha, que requirió adaptación de las actividades.
- Se logró una alta adherencia al programa, con participación constante y actitud positiva frente a la actividad física.
- Se favoreció el mantenimiento de la movilidad, el equilibrio, la coordinación y las funciones cognitivas.

7. Conclusiones

El programa de intervención fisioterapéutica permitió identificar de manera oportuna factores de riesgo asociados a caídas en adultos mayores funcionalmente

independientes. A pesar de conservar autonomía en las actividades de la vida diaria, el alto riesgo de caídas evidencia la necesidad de fortalecer continuamente el equilibrio, la marcha y la fuerza muscular.

La intervención fue efectiva en términos de participación, adherencia y adecuación de las actividades según el estado funcional de los participantes, contribuyendo al mantenimiento de la capacidad física, la prevención de complicaciones y la promoción de un envejecimiento activo y saludable.

8. Recomendaciones

- Continuar con programas de fisioterapia preventiva enfocados en el equilibrio y la marcha.
- Realizar seguimiento periódico del riesgo de caídas.
- Mantener el control médico de las enfermedades crónicas, especialmente la hipertensión arterial.
- Fomentar la actividad física regular y supervisada en el adulto mayor.
- Integrar estrategias educativas sobre prevención de caídas en el hogar y el entorno comunitario.

814

PAPPYER®

Producido por:
FABRIFOLDER S.A.S

COMPROBANTE EGRESO EFECTIVO

No. 01

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

PAGADO A: Leonela Aldana Zapata

POR CONCEPTO DE:

FISIOTERAPEUTA, ATENCION ADULTOS MAYORES "CENTRO VIDA" SANCLIS

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

LEONELA ALDANA Z.

C.C. [X] NIT. [ ] No. 1.123.622.564

FECHA DE RECIBIDO | DÍA | MES | AÑO

FDESCAI

San Andrés islas, 31 de diciembre de 2025.

CUENTA DE COBRO No. 001

Yo, Leonela Aldana Zapata, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.123.622.564, 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,

LEONELA ALDANA Z.

Leonela Aldana Zapata
C.C. 1.123.622.564

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1123622567		ALDANA ZAPATA LEONELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barkers hill	SAN ANDRES-SAN ANDRES	5127505	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	2021273901	9496645569	I	2026/01/19	2025/12/19	BANCOLOMBIA	0	$592,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	ima	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,040,440	$326,500			$2,040,440	$255,100			$0	$0			$2,040,440		$10,700		$0	$0		$592,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,040,440	$326,500			$2,040,440	$255,100			$0	$0			$2,040,440		$10,700		$0	$0		$592,300
Ciudad: SAN ANDRES Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)																						$2,040,440	$326,500			$2,040,440	$255,100			$0	$0			$2,040,440		$10,700		$0	$0		$592,300
1	CC	1123622567 ALDANA LEONELLA																		230301	30	$2,040,440	$326,500	EPS005	30	$2,040,440	$255,100		0	$0	$0	14-23	30	$2,040,440	0.522%	$10,700	0	$0	$0	No	$592,300
Total	Afiliados(1)																					$2,040,440	$326,500			$2,040,440	$255,100			$0	$0			$2,040,440		$10,700		$0	$0		$592,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$326,500	$0	$0	$326,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$326,500	$0	$0	$326,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,700	$0	$0	$10,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,700	$0	$0	$10,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,100	$0	$0	$255,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$255,100	$0	$0	$255,100
TOTAL				1	$592,300	$0	$0	$592,300

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

t.1.8

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Gustavo Bernard Edad: 88 Sexo: M

Fecha: 10 / 11 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

☐ Hipertensión
☐ Diabetes
☐ Artrosis
☐ Osteoporosis
☐ ACV
☐ EPOC
☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☑ Ninguna ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla

Observaciones: _____

Caídas último año: ☐ Sí ☑ No Cuántas: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

7. Uso del retrete
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

8. Trasladarse (cama-silla)
Independiente = 15
Ayuda mínima = 10
Ayuda mayor = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

9. Deambulación
Independiente = 15
Con ayuda = 10
En silla de ruedas = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

10. Subir y bajar escaleras
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
Interpretación:
0–20 = Dependencia total
21–60 = Dependencia severa
61–90 = Dependencia moderada
91–99 = Dependencia leve
100 = Independiente
Puntaje total obtenido: 100 / 100 Independiente.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor 10 = Dolor máximo imaginable
Nivel de dolor: 0 1 2 3 X 5 6 7 8 9 10
Zona del dolor: Muñeca izquierda / cuando levanto algo pesado

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta
Tiempo registrado: 18 segundos
Interpretación: Menor de 12 segundos = Normal | Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída
Observaciones: Riesgo a caida / deficit MMII MIDS

Firma del Fisioterapeuta: _____

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Gustavo Bernard. Edad: 88 Sexo: Masculino.

Fecha: 11-12-2023. Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión __
- Diabetes __
- Artrosis __
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía__

Uso de ayudas:

- Ninguna✓__
- Bastón__
- Caminador__
- Silla__

Caídas último año: Sí___ No X__ Cuántas: ____

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) 15
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100. **/ 100**

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 X 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: Muñeca izquierda - cuando levanta algo pesado.

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

Tiempo registrado: 18 seg. segundos

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: Riesgo a caída. Debilidad. MMII MMSS.

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Alcides Llumas Edad: 79 Sexo: M
Fecha: 15 / 11 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

- ☑ Hipertensión
- ☐ Diabetes
- ☐ Artrosis
- ☐ Osteoporosis
- ☐ ACV
- ☐ EPOC
- ☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☑ Ninguna ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla
Observaciones: _____
Caídas último año: ☐ Sí ☑ No Cuántas: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

7. Uso del retrete
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

8. Trasladarse (cama-silla)
Independiente = 15
Ayuda mínima = 10
Ayuda mayor = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

9. Deambulación
Independiente = 15
Con ayuda = 10
En silla de ruedas = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

10. Subir y bajar escaleras
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
Interpretación:
0–20 = Dependencia total
21–60 = Dependencia severa
61–90 = Dependencia moderada
91–99 = Dependencia leve
100 = Independiente
Puntaje total obtenido: 100/ 100 Independiente.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor 10 = Dolor máximo imaginable
Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Zona del dolor: Niega

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta
Tiempo registrado: 16 segundos
Interpretación: Menor de 12 segundos = Normal | Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída
Observaciones: Riesgo a caida.

Firma del Fisioterapeuta:

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	**FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA**	FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Alcida Ramos. Edad: 79 Sexo: M.

Fecha: 16-12-2025. Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión ✓
- Diabetes __
- Artrosis __
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía__

Uso de ayudas:

- Ninguna ✓
- Bastón__
- Caminador__
- Silla__

Caídas último año: Sí___ No ✓ Cuántas: ____

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) 15
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

Independiente.

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100 **/ 100**

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: NINGUNO.

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

Tiempo registrado: 16 segundos

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: RIESGO A caida leve.

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA _____

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Joseph Grenard Edad: 78 Sexo: M

Fecha: 12 / 11 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

☐ Hipertensión
☐ Diabetes
☐ Artrosis
☐ Osteoporosis
☐ ACV
☐ EPOC
☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☑ Ninguna ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla

Observaciones: _____

Caídas último año: ☑ Sí ☐ No Cuántas: 4 debilidad en piernas.

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	**FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA**	FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Joseph Brenard. Edad: 78 Sexo: MASCULINO

Fecha: 11-12-2023 Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión __
- Diabetes __
- Artrosis __
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía__

Uso de ayudas:

- Ninguna ✓
- Bastón__
- Caminador__
- Silla__

Caídas último año: Sí ✓ No___ Cuántas: 4 debilidad en las piernas)

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) _____
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

Independiente.

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100 **/ 100**

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: _____

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

No valorada paciente
no dispuesto.

Tiempo registrado: _____ segundos

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: _____

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA _____

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Ofelici Francis Edad: 71 Sexo: F
Fecha: 11 / 11 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

- ☑ Hipertensión
- ☑ Diabetes
- ☐ Artrosis
- ☐ Osteoporosis
- ☐ ACV
- ☐ EPOC
- ☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☑ Ninguna ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla
Observaciones: _____
Caídas último año: ☐ Sí ☑ No Cuántas: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 0

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

7. Uso del retrete
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

8. Trasladarse (cama-silla)
   Independiente = 15
   Ayuda mínima = 10
   Ayuda mayor = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 15

9. Deambulación
   Independiente = 15
   Con ayuda = 10
   En silla de ruedas = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 15

10. Subir y bajar escaleras
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
Interpretación:
0–20 = Dependencia total
21–60 = Dependencia severa
61–90 = Dependencia moderada
91–99 = Dependencia leve
100 = Independiente
Puntaje total obtenido: 90 / 100 Dependencia leve moderada.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor 10 = Dolor máximo imaginable
Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Zona del dolor: cuello y brazo derecho / Todo el tiempo.

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta
Tiempo registrado: 29 segundos
Interpretación: Menor de 12 segundos = Normal | Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída
Observaciones: Mayor riesgo de caida / refiere debilidad en piernas.

Firma del Fisioterapeuta: _____

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	**FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA**	FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: ofelia Pranas Edad: 72 Sexo: femenino.

Fecha: 11-12-2015. Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión ✓
- Diabetes ✓
- Artrosis __
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía__

Uso de ayudas:

- Ninguna ✓
- Bastón__
- Caminador__
- Silla__

Caídas último año: Sí___ No X Cuántas: ____

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 0
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO
San Andrés, Providencia y Santa Catalina

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) 15
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10.
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

Dependencia leve moderada.

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 90 **/ 100**

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 X 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: dolor todo el tiempo. cuello y Brazo derecho.

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

Tiempo registrado: 29 segundos

Mayor Riesgo a caída. Refiere mucha debilidad en Piernas.

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: _____

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA _____

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Maria Grenard Edad: 83 Sexo: F
Fecha: 11 / 11 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

- ☑ Hipertensión
- ☑ Diabetes
- ☐ Artrosis
- ☑ Osteoporosis
- ☐ ACV
- ☐ EPOC
- ☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☐ Ninguna ☐ Bastón ☑ Caminador ☐ Silla
Observaciones: _____
Caídas último año: ☐ Sí ☑ No Cuántas: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

7. Uso del retrete
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

8. Trasladarse (cama-silla)
Independiente = 15
Ayuda mínima = 10
Ayuda mayor = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

9. Deambulación
Independiente = 15
Con ayuda = 10
En silla de ruedas = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

10. Subir y bajar escaleras
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
Interpretación:
0–20 = Dependencia total
21–60 = Dependencia severa
61–90 = Dependencia moderada
91–99 = Dependencia leve
100 = Independiente
Puntaje total obtenido: 100 / 100 Independiente.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor 10 = Dolor máximo imaginable
Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Zona del dolor: Rodilla izquierda - Hombro izquierdo

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta
Tiempo registrado: 24 segundos
Interpretación: Menor de 12 segundos = Normal | Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída
Observaciones: Alto riesgo de caída debilidad MMII

Firma del Fisioterapeuta:

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO
San Andrés, Providencia y Santa Catalina

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Maria Grenard Edad: 83 Sexo: femenino

Fecha: 11-12-2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión ✓
- Diabetes ✓
- Artrosis __
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatia__

Uso de ayudas:

- Ninguna__
- Bastón__
- Caminador ✓
- Silla__

Caídas último año: Sí___ No X Cuántas: ___

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) ____
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10.
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

Independiente.

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100 **/ 100**

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: Rodilla izquierda- Hombro izquierdo consiente.

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

Tiempo registrado: 24 segundos

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: Alto riesgo a caída deficidad MMII.

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA _____

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Henrieta Mora Edad: 88 Sexo: F

Fecha: 10 / 11 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

- ☑ Hipertensión
- ☐ Diabetes
- ☐ Artrosis
- ☐ Osteoporosis
- ☐ ACV
- ☐ EPOC
- ☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☑ Ninguna ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla

Observaciones: _____

Caídas último año: ☐ Sí ☑ No Cuántas: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

7. Uso del retrete
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

8. Trasladarse (cama-silla)
Independiente = 15
Ayuda mínima = 10
Ayuda mayor = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

9. Deambulación
Independiente = 15
Con ayuda = 10
En silla de ruedas = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

10. Subir y bajar escaleras
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
Interpretación:
0–20 = Dependencia total
21–60 = Dependencia severa
61–90 = Dependencia moderada
91–99 = Dependencia leve
100 = Independiente
Puntaje total obtenido: 100 / 100 Independiente.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor 10 = Dolor máximo imaginable
Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Zona del dolor: Riesgo

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta
Tiempo registrado: 18 segundos
Interpretación: Menor de 12 segundos = Normal | Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída
Observaciones: Alto riesgo registrado a caída / Debilidad MMII

Firma del Fisioterapeuta:

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	**FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA**	FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Henrieta moro Edad: 80 Sexo: femenino.

Fecha: 09-12-2025. Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión ✓
- Diabetes __
- Artrosis __
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía__

Uso de ayudas:

- Ninguna ✓
- Bastón__
- Caminador__
- Silla__

Caídas último año: Sí___ No ✓ Cuántas: ____

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO Sam Andres, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) 15
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100 **/ 100**

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: NINGUNA

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

Tiempo registrado: 10 segundos ALTO RIESGO A CAIDA.

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: DEBILIDAD MMII.

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Germán Abrahams Edad: 71 Sexo: M
Fecha: 12 / 11 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

☐ Hipertensión
☐ Diabetes
☐ Artrosis
☐ Osteoporosis
☐ ACV
☐ EPOC
☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☐ Ninguna ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla
Observaciones: _____
Caídas último año: ☑ Sí ☐ No Cuántas: 1 Desmayo

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: German ABRAHAMS. Edad: 79 Sexo: MASCULINO.

Fecha: 11-12-2025. Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión __
- Diabetes __
- Artrosis __
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía__

Uso de ayudas:

- Ninguna__
- Bastón__
- Caminador__
- Silla__

Caídas último año: Sí V No___ Cuántas: 1 desmayo, no supo porque.

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO Sen Andres, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) 15
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

Independiente.

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100 **/ 100**

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: NIEGA.

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

Tiempo registrado: 12. segundos

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: NORMAL. BAJO RIESGO de caida.

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Cucusten Hooker Edad: 67 Sexo: M
Fecha: 14 / 11 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

- ☑ Hipertensión
- ☐ Diabetes
- ☑ Artrosis
- ☐ Osteoporosis
- ☐ ACV
- ☐ EPOC
- ☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☑ Ninguna ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla
Observaciones: _____
Caídas último año: ☐ Sí ☑ No Cuántas: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

7. Uso del retrete
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

8. Trasladarse (cama-silla)
Independiente = 15
Ayuda mínima = 10
Ayuda mayor = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

9. Deambulación
Independiente = 15
Con ayuda = 10
En silla de ruedas = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

10. Subir y bajar escaleras
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
Interpretación:
0–20 = Dependencia total
21–60 = Dependencia severa
61–90 = Dependencia moderada
91–99 = Dependencia leve
100 = Independiente
Puntaje total obtenido: 100 / 100 Independiente.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor 10 = Dolor máximo imaginable
Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Zona del dolor: Riesgo

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta
Tiempo registrado: 26 segundos
Interpretación: Menor de 12 segundos = Normal | Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída
Observaciones: Alto riesgo caida.

Firma del Fisioterapeuta:

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Williston Hooks Edad: 67 Sexo: M

Fecha: 16-12-2025. Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión X
- Diabetes __
- Artrosis X
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía __

Uso de ayudas:

- Ninguna X
- Bastón __
- Caminador __
- Silla __

Caídas último año: Sí ___ No X Cuántas: ____

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) 15
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

Independiente.

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100 **/ 100**

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: NINGUNO.

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

Tiempo registrado: 26. segundos

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: ALTO RIESGO A CAIDA

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Eliecer Corrosquilla Edad: 81 Sexo: M
Fecha: 15 / 11 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

☐ Hipertensión
☐ Diabetes
☐ Artrosis
☐ Osteoporosis
☐ ACV
☐ EPOC
☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☑ Ninguna ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla
Observaciones: _____
Caídas último año: ☐ Sí ☑ No Cuántas: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

7. Uso del retrete
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

8. Trasladarse (cama-silla)
Independiente = 15
Ayuda mínima = 10
Ayuda mayor = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

9. Deambulación
Independiente = 15
Con ayuda = 10
En silla de ruedas = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

10. Subir y bajar escaleras
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
Interpretación:
0–20 = Dependencia total
21–60 = Dependencia severa
61–90 = Dependencia moderada
91–99 = Dependencia leve
100 = Independiente
Puntaje total obtenido: 100/ 100 Independiente.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor 10 = Dolor máximo imaginable
Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Zona del dolor: Niega

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta
Tiempo registrado: 12 segundos
Interpretación: Menor de 12 segundos = Normal | Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída
Observaciones: Normal

Firma del Fisioterapeuta:

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO Sen Andrés, Providencia y Santa Catalina	**FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA**	FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Eliecer Carrasquilla Edad: 81 Sexo: M

Fecha: 16-12-2025. Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión __
- Diabetes __
- Artrosis __
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía__

Uso de ayudas:

- Ninguna ✓
- Bastón__
- Caminador__
- Silla__

Caídas último año: Sí___ No ✓ Cuántas: ____

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) 15
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

TOTAL independencia.

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100 **/ 100**

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: NINGUNO.

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

normal.

Tiempo registrado: 12 segundos

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: _____

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA _____

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Darcio Jackson Edad: 73 Sexo: M
Fecha: 14 / 11 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

- ☑ Hipertensión
- ☑ Diabetes
- ☐ Artrosis
- ☐ Osteoporosis
- ☐ ACV
- ☐ EPOC
- ☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☑ Ninguna ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla
Observaciones: _____
Caídas último año: ☐ Sí ☑ No Cuántas: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

7. Uso del retrete
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

8. Trasladarse (cama-silla)
Independiente = 15
Ayuda mínima = 10
Ayuda mayor = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

9. Deambulación
Independiente = 15
Con ayuda = 10
En silla de ruedas = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

10. Subir y bajar escaleras
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
Interpretación:
0–20 = Dependencia total
21–60 = Dependencia severa
61–90 = Dependencia moderada
91–99 = Dependencia leve
100 = Independiente
Puntaje total obtenido: 100/ 100 Independiente.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor 10 = Dolor máximo imaginable
Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Zona del dolor: Nuca

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta
Tiempo registrado: 16 segundos
Interpretación: Menor de 12 segundos = Normal | Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída
Observaciones: Refiere caminarlo lento por dolor espalda.

Firma del Fisioterapeuta:

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Darcio Jackson. Edad: 73 Sexo: Masculino.

Fecha: 11-12-2025. Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión ✓
- Diabetes ✓
- Artrosis __
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía__

Uso de ayudas:

- Ninguna ✓
- Bastón__
- Caminador__
- Silla__

Caídas último año: Sí___ No ✓ Cuántas: ____

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO Sen Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) 15
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

TOTALMENTE INDEPENDIENTE.

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100 **/ 100**

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: NUCA

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

Tiempo registrado: 16 seg segundos

RIESGO A CAIDA.

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: refiere comienza lenta por dolor en espalda baja.

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA _____

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Onerici Ibarez Edad: 72 Sexo: F
Fecha: 12 / 11 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

- ☑ Hipertensión
- ☐ Diabetes
- ☐ Artrosis
- ☑ Osteoporosis
- ☐ ACV
- ☐ EPOC
- ☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☐ Ninguna ☑ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla
Observaciones: Dolor en rodillas
Caídas último año: ☐ Sí ☑ No Cuántas: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

7. Uso del retrete
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

8. Trasladarse (cama-silla)
Independiente = 15
Ayuda mínima = 10
Ayuda mayor = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

9. Deambulación
Independiente = 15
Con ayuda = 10
En silla de ruedas = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

10. Subir y bajar escaleras
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
Interpretación:
0–20 = Dependencia total
21–60 = Dependencia severa
61–90 = Dependencia moderada
91–99 = Dependencia leve
100 = Independiente
Puntaje total obtenido: ____ / 100

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor 10 = Dolor máximo imaginable
Nivel de dolor: 0 1 2 3 4/5 6 7 8 9 10
Zona del dolor: Dolor ambos tobillos al caminar

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta
Tiempo registrado: 22 segundos
Interpretación: Menor de 12 segundos = Normal | Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída
Observaciones: Alto riesgo a caida / vertigo

Firma del Fisioterapeuta: _____

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Ondina Ibañez B. Edad: 72 Sexo: femenino.

Fecha: 11-12-2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión ✓
- Diabetes __
- Artrosis __
- Osteoporosis ✓
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía__

Uso de ayudas:

- Ninguna__
- Bastón ✓
- Caminador__ dolor en rodillas.
- Silla__

Caídas último año: Sí___ No X Cuántas: ____

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Otonia Ibañez B. Edad: 72 Sexo: femenino.

Fecha: 11-12-2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión ✓
- Diabetes __
- Artrosis __
- Osteoporosis ✓
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía__

Uso de ayudas:

- Ninguna__
- Bastón ✓
- Caminador__
- Silla__

dolor en rodillas.

Caídas último año: Sí___ No X Cuántas: ____

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	**FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA**	FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) 15
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100 / 100 Independiente.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: dolor al levantarse y a veces al caminar. Rodillas en ambas y Hombros.

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

ALTO RIESGO A caída.

Tiempo registrado: 22 segundos

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: Bastón peligroso RIESGO de caída
VERTIGO RIESGO A caída.

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA [signature]

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Emill Williams Edad: 82 Sexo: M
Fecha: 10 / 12 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

☐ Hipertensión
☐ Diabetes
☐ Artrosis
☐ Osteoporosis
☐ ACV
☐ EPOC
☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☑ Ninguna ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla
Observaciones: Discapacidad visual. Legos.
Caídas último año: ☐ Sí ☑ No Cuántas: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

7. Uso del retrete
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

8. Trasladarse (cama-silla)
Independiente = 15
Ayuda mínima = 10
Ayuda mayor = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

9. Deambulación
Independiente = 15
Con ayuda = 10
En silla de ruedas = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

10. Subir y bajar escaleras
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
Interpretación:
0–20 = Dependencia total
21–60 = Dependencia severa
61–90 = Dependencia moderada
91–99 = Dependencia leve
100 = Independiente
Puntaje total obtenido: 100 / 100 Independiente.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor 10 = Dolor máximo imaginable
Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Zona del dolor: Nieguo

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta
Tiempo registrado: 26 segundos
Interpretación: Menor de 12 segundos = Normal | Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída
Observaciones: Riesgo de caida por discapacidad visual

Firma del Fisioterapeuta:

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO Sen Andres, Providencia y Santa Catalina	**FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA**	FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Emil williams Edad: 82. Sexo: M.

Fecha: 16-12-2025. Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión __
- Diabetes __
- Artrosis __
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía__

Uso de ayudas:

- Ninguna ✓ Discapacidad visual lejos.
- Bastón__
- Caminador__
- Silla__

Caídas último año: Sí___ No ✓ Cuántas: ____

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO Sam Andrés, Providencia y Santa Catalina	**FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA**	FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) 15
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

Independiente.

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100 **/ 100**

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: NIEGA.

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

Tiempo registrado: 26 segundos RIESGO A CAIDA.

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: RIESGO A CAIDA ALTA ACOMPAÑA POR DISCAPACIDAD USUAL

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Julio Barrios P Edad: 89 Sexo: M
Fecha: 12 / 11 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

- ☑ Hipertensión
- ☐ Diabetes
- ☐ Artrosis
- ☐ Osteoporosis
- ☐ ACV
- ☐ EPOC
- ☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☐ Ninguna ☑ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla
Observaciones: Uso de cojudo desde el ulcera
Caídas último año: ☐ Sí ☑ No Cuántas: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

7. Uso del retrete
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

8. Trasladarse (cama-silla)
Independiente = 15
Ayuda mínima = 10
Ayuda mayor = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

9. Deambulación
Independiente = 15
Con ayuda = 10
En silla de ruedas = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

10. Subir y bajar escaleras
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
Interpretación:
0–20 = Dependencia total
21–60 = Dependencia severa
61–90 = Dependencia moderada
91–99 = Dependencia leve
100 = Independiente
Puntaje total obtenido: 100/ 100 Independiente.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor 10 = Dolor máximo imaginable
Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Zona del dolor: Espalda baja derecha

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta
Tiempo registrado: 12 segundos
Interpretación: Menor de 12 segundos = Normal | Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída
Observaciones: normal.

Firma del Fisioterapeuta: Jenny Lobato

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	**FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA**	FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: JULIO BARRIOS POLARO Edad: 84 Sexo: MASCULINO

Fecha: 11-12-2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión ✓
- Diabetes __
- Artrosis __
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía__

Uso de ayudas:

- Ninguna__
- Bastón X
- Caminador__
- Silla__

Uso de Bastón debido A una UCI hace 1 año Y por costumbre lo usa

Caídas último año: Sí___ No X Cuántas: ____

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) 15
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

INDEPENDIENTE.

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100 **/ 100**

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: espalda baja derecha.

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

Tiempo registrado: 12Seg. segundos

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: NORMAL, MARCHA CONTINUA.

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Cindon Hooker Edad: 78 Sexo: M

Fecha: 15 / 11 / 2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

☑ Hipertensión
☐ Diabetes
☐ Artrosis
☐ Osteoporosis
☐ ACV
☐ EPOC
☑ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☐ Ninguna ☑ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla

Observaciones: Accidente en moto, adelantado desde enfermes.

Caídas último año: ☐ Sí ☑ No Cuántas: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

7. Uso del retrete
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

8. Trasladarse (cama-silla)
Independiente = 15
Ayuda mínima = 10
Ayuda mayor = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

9. Deambulación
Independiente = 15
Con ayuda = 10
En silla de ruedas = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

10. Subir y bajar escaleras
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
Interpretación:
0–20 = Dependencia total
21–60 = Dependencia severa
61–90 = Dependencia moderada
91–99 = Dependencia leve
100 = Independiente
Puntaje total obtenido: 100/ 100

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor 10 = Dolor máximo imaginable
Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Zona del dolor: Dolor continuo codillo izquierdo

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta
Tiempo registrado: 26 segundos
Interpretación: Menor de 12 segundos = Normal | Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída
Observaciones: Riesgo alto a caidas

Firma del Fisioterapeuta: Jenny Y Sall

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Linda Hooker. Edad: 78 Sexo: M

Fecha: 16-12-2022. Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión ✓
- Diabetes __
- Artrosis __
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía ✓

Uso de ayudas:

- Ninguna __
- Bastón ✓
- Caminador __
- Silla __

Caídas último año: Sí___ No ✓ Cuántas: ____

sufrio accidente en moto. y quedo adolorido desde ese momento.

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO San Andrés, Providencia y Santa Catalina	FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) 15
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

Independiente.

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100 / 100

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: 6

dolor continuo en Rodilla izquierda.

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

Tiempo registrado: 26 segundos

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: Riesgo alto a caida

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA _____

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Mario lever Edad: 85 Sexo: M
Fecha: 16 / 11 / 2015 Institución: _____

ANTECEDENTES

☐ Hipertensión
☐ Diabetes
☐ Artrosis
☐ Osteoporosis
☐ ACV
☐ EPOC
☐ Cardiopatía

Uso de ayudas: ☑ Ninguna ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Silla
Observaciones: _____
Caídas último año: ☐ Sí ☑ No Cuántas: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

1. Comer
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

2. Bañarse
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

3. Vestirse
   Independiente = 10
   Necesita ayuda = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 10

4. Arreglo personal
   Independiente = 5
   Dependiente = 0
   Puntaje: 5

5. Deposiciones
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

6. Micción
   Continente = 10
   Accidente ocasional = 5
   Incontinente = 0
   Puntaje: 10

7. Uso del retrete
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

8. Trasladarse (cama-silla)
Independiente = 15
Ayuda mínima = 10
Ayuda mayor = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

9. Deambulación
Independiente = 15
Con ayuda = 10
En silla de ruedas = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 15

10. Subir y bajar escaleras
Independiente = 10
Necesita ayuda = 5
Dependiente = 0
Puntaje: 10

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
Interpretación:
0–20 = Dependencia total
21–60 = Dependencia severa
61–90 = Dependencia moderada
91–99 = Dependencia leve
100 = Independiente
Puntaje total obtenido: 100/ 100 Independiente.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor 10 = Dolor máximo imaginable
Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Zona del dolor: Niega

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta
Tiempo registrado: 16 segundos
Interpretación: Menor de 12 segundos = Normal | Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída
Observaciones: Riesgo bajo caida

Firma del Fisioterapeuta:

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO
San Andrés, Providencia y Santa Catalina

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

FDESCAI

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA – ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

Nombre: Mario Lever Edad: 85 Sexo: M

Fecha: 16-12-2025 Institución: _____

ANTECEDENTES

- Hipertensión __
- Diabetes __
- Artrosis __
- Osteoporosis __
- ACV __
- EPOC __
- Cardiopatía__

Uso de ayudas:

- Ninguna ✓
- Bastón__
- Caminador__
- Silla__

Caídas último año: Sí___ No____ Cuántas: ____

ÍNDICE DE BARTHEL
VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Instrumento que evalúa el grado de independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

ACTIVIDADES Y PUNTAJES

1. Comer 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

2. Bañarse 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

3. Vestirse 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

4. Arreglo personal 5
- Independiente = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

5. Deposiciones 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

6. Micción 10
- Continente = 10 puntos
- Accidente ocasional = 5 puntos
- Incontinente = 0 puntos

7. Uso del retrete 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

GOBERNACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO
San Andrés, Providencia y Santa Catalina

FORMATO DE VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

FDESCAI

8. Trasladarse (cama-silla) 15
- Independiente = 15 puntos
- Ayuda mínima = 10 puntos
- Ayuda mayor = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

9. Deambulación 15
- Independiente = 15 puntos
- Con ayuda = 10 puntos
- En silla de ruedas = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

10. Subir y bajar escaleras 10
- Independiente = 10 puntos
- Necesita ayuda = 5 puntos
- Dependiente = 0 puntos

PUNTAJE TOTAL MÁXIMO: 100 PUNTOS
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia leve
- 100 = Independiente

TOTAL Independencia.

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 100 **/ 100**

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)

0 = Sin dolor
10 = Dolor máximo imaginable
Marque el nivel de dolor del paciente:
0 n 1 n 2 n 3 n 4 n 5 n 6 n 7 n 8 n 9 n 10 n
Zona del dolor: NIEGA.

ESCALA TIMED UP AND GO (TUG)

Procedimiento:
1. Paciente sentado en silla
2. Se levanta, camina 3 metros
3. Gira, regresa y se sienta

RIESGO BAJO A CAIDA.

Tiempo registrado: 16. segundos

Interpretación:
Menor de 12 segundos = Normal
Mayor de 12 segundos = Riesgo de caída

Observaciones: _____

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA _____