Identidad & Cultura FUNDACIÓN

FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

cabrica

Nombre: Alba Maria Pacheco H. **Fecha intervención:** 9 Jun 2026
Edad: 70. **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 10 mayo. **Dirección:** Torcoroma

Estado Cognitivo

	Si	No
¿Se orienta en tiempo y lugar?		X
¿Presenta olvidos frecuentes?	X	
¿Recuerda nombres de familiares?	X	
¿Mantiene atención en la valoración?	X	
¿Comprende instrucciones simples?	X	

Estado Emocional

	Si	No
¿Se observa triste con frecuencia?	X	
¿Refiere sentirse solo(a)?		
¿Presenta ansiedad o preocupación?	X	
¿Disfruta actividades cotidianas?		
¿Presenta alteraciones del sueño?		X

Se casa en el 57
No hijos.

Funcionalidad e Independencia

	Si	No
¿Puede bañarse solo(a)?	X	
¿Puede alimentarse sin ayuda?	X	
¿Recuerda tomar medicamentos?	X	
¿Se moviliza sin dificultad?		X
¿Necesita apoyo para actividad básica?		X

Conducta y Observación Clínica

	Si	No
¿Mantiene adecuada higiene personal?	X	
¿Presenta contacto visual adecuado?	X	
¿Se comunica con claridad?	X	
¿Presenta conducta agresiva o alterada?		X
¿Se observa colaborador(a)?	X	

Área Social y Familiar

Adulto Mayor

	Si	No
¿Cuenta con red de apoyo familiar?	X	
¿Participa en actividades sociales?	X	
¿Se siente escuchado(a) y respetado(a)?	X	
¿Convive acompañado(a)?	X	
¿Presenta señales de abandono?	X	

Riesgos Psicosociales

	Si	No
¿Refiere ideas de muerte o desesperanza?		X
¿Presenta riesgo de caídas?		X
¿Existen señales de maltrato?	X	
¿Se evidencia aislamiento social?		
¿Presenta consumo de sustancias?		X

Observaciones: Se observa agotamiento, cuida el esposo Ruben Perdio la vista (glucoma), maltrato emocional esposo (secuelas)

- Sufre tiroides
- Integrar actividades cuadros.
- Actividades de memoria
- Intervencion individual

FGIIMS

Profesional responsable

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

Católico.

Nombre: Wbin Peñaranda Pacheco Fecha intervención: 23 mayo/26
Edad: 82 Sexo: M Fecha de Nacimiento: 17 sep 44 Dirección: Colinas de la Florida

Estado Cognitivo

	Sí	No
¿Se orienta en tiempo y lugar?	X	
¿Presenta olvidos frecuentes?		X
¿Recuerda nombres de familiares?	X	
¿Mantiene atención en la valoración?	X	
¿Comprende instrucciones simples?	X	

Estado Emocional

	Sí	No
¿Se observa triste con frecuencia?		X
¿Refiere sentirse solo(a)?		X
¿Presenta ansiedad o preocupación?	X	
¿Disfruta actividades cotidianas?	X	
¿Presenta alteraciones del sueño?		X

No puede dormir por cuidar la esposa

Funcionalidad e Independencia

	Sí	No
¿Puede bañarse solo(a)?	X	
¿Puede alimentarse sin ayuda?	X	
¿Recuerda tomar medicamentos?	X	
¿Se moviliza sin dificultad?		X
¿Necesita apoyo para actividad básica?		X

Conducta y Observación Clínica

	Sí	No
¿Mantiene adecuada higiene personal?	X	
¿Presenta contacto visual adecuado?	X	
¿Se comunica con claridad?	X	
¿Presenta conducta agresiva o alterada?		X
¿Se observa colaborador(a)?	X	

Área Social y Familiar

Adulto mayor.

	Sí	No
¿Cuenta con red de apoyo familiar?	X	
¿Participa en actividades sociales?	X	
¿Se siente escuchado(a) y respetado(a)?	X	
¿Convive acompañado(a)?	X	
¿Presenta señales de abandono?		X

Riesgos Psicosociales

	Sí	No
¿Refiere ideas de muerte o desesperanza?		X
¿Presenta riesgo de caídas?		X
¿Existen señales de maltrato?		X
¿Se evidencia aislamiento social?		X
¿Presenta consumo de sustancias?		X

Observaciones: Se identifica agotamiento, ansiedad y estres por sobrecarga por cuidar a su esposa.
- Intervenstion psicosocial.
- esposa Alzheimer,

Profesional responsable

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013

Identidad & Cultura FUNDACION

FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

Católico

Nombre: Jose del Carmen Coronel Fecha intervención: 9 Jun 2026
Edad: 67 Sexo: M Fecha de Nacimiento: 8 oct 58 Dirección: Tocarema

Estado Cognitivo

	Si	No
¿Se orienta en tiempo y lugar?	X	
¿Presenta olvidos frecuentes?		X
¿Recuerda nombres de familiares?	X	
¿Mantiene atención en la valoración?	X	
¿Comprende instrucciones simples?	X	

Estado Emocional

	Si	No
¿Se observa triste con frecuencia?		X
¿Refiere sentirse solo(a)?		X
¿Presenta ansiedad o preocupación?	X	
¿Disfruta actividades cotidianas?	X	
¿Presenta alteraciones del sueño?		X

Funcionalidad e Independencia

	Si	No
¿Puede bañarse solo(a)?	X	
¿Puede alimentarse sin ayuda?	X	
¿Recuerda tomar medicamentos?	X	
¿Se moviliza sin dificultad?	X	
¿Necesita apoyo para actividad básica?	X	

Conducta y Observación Clínica

	Si	No
¿Mantiene adecuada higiene personal?	X	
¿Presenta contacto visual adecuado?	—	
¿Se comunica con claridad?	X	
¿Presenta conducta agresiva o alterada?		X
¿Se observa colaborador(a)?	X	

Proble Vistar

Área Social y Familiar

Adulto Mayor Si

	Si	No
¿Cuenta con red de apoyo familiar?	X	
¿Participa en actividades sociales?		X
¿Se siente escuchado(a) y respetado(a)?	X	
¿Convive acompañado(a)?	X	
¿Presenta señales de abandono?		X

Riesgos Psicosociales

	Si	No
¿Refiere ideas de muerte o desesperanza?		X
¿Presenta riesgo de caídas?	X	
¿Existen señales de maltrato?		X
¿Se evidencia aislamiento social?	X	
¿Presenta consumo de sustancias?		X

Observaciones: Pedro Visión hace 7 años por glucoma, se observa tristeza mantiene buenos recuerdos y comunicación

- Integrar actividades grupales
- Trabajar, autoestimo y superacion personal

Profesional responsable

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

Catolico

Nombre: Carlos Eugenio Jácome N. Fecha intervención: 28 mayo 26
Edad: 73 Sexo: M Fecha de Nacimiento: 24 Feb 50 Dirección: Belen

esposo Graciela Gomez.

Estado Cognitivo

	Si	No
¿Se orienta en tiempo y lugar?		X
¿Presenta olvidos frecuentes?	X	
¿Recuerda nombres de familiares?	X	
¿Mantiene atención en la valoración?	X	
¿Comprende instrucciones simples?	X	

Estado Emocional

	Si	No
¿Se observa triste con frecuencia?		X
¿Refiere sentirse solo(a)?		X
¿Presenta ansiedad o preocupación?	X	
¿Disfruta actividades cotidianas?	X	
¿Presenta alteraciones del sueño?	X	

Insomnio

Funcionalidad e Independencia

Artritis

	Si	No
¿Puede bañarse solo(a)?	X	
¿Puede alimentarse sin ayuda?	X	
¿Recuerda tomar medicamentos?	X	
¿Se moviliza sin dificultad?	X	
¿Necesita apoyo para actividad básica?		X

Conducta y Observación Clínica

	Si	No
¿Mantiene adecuada higiene personal?	X	
¿Presenta contacto visual adecuado?	X	
¿Se comunica con claridad?	X	
¿Presenta conducta agresiva o alterada?		X
¿Se observa colaborador(a)?	X	

Área Social y Familiar

Adulto mayor

	Si	No
¿Cuenta con red de apoyo familiar?		X
¿Participa en actividades sociales?		X
¿Se siente escuchado(a) y respetado(a)?	X	
¿Convive acompañado(a)?	X	
¿Presenta señales de abandono?		X

Riesgos Psicosociales

	Si	No
¿Refiere ideas de muerte o desesperanza?		X
¿Presenta riesgo de caídas?		X
¿Existen señales de maltrato?		X
¿Se evidencia aislamiento social?	X	
¿Presenta consumo de sustancias?		X

Observaciones: Se logra observar preocupacion por la salud de su esposa a quien cuida y con quien vive.
- Intervencion Psicosocial
- Se observa tristeza.

Profesional responsable

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013

+ Audelina
+ Guillermo
+ Carlos
+ Alirio
+ Julio

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

Catolico

Isabel Raquel Gabriel Esposa Alonso

Nombre: Orfelina Gomez **Fecha intervención:** 4 Jun. /2026
Edad: 69 **Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 5 enero 57 **Dirección:** Bolivar
cc. 39.319

Estado Cognitivo

	Si	No
¿Se orienta en tiempo y lugar?	X	
¿Presenta olvidos frecuentes?		X
¿Recuerda nombres de familiares?	X	
¿Mantiene atención en la valoración?	X	
¿Comprende instrucciones simples?	X	

Estado Emocional

	Si	No
¿Se observa triste con frecuencia?		X
¿Refiere sentirse solo(a)?		X
¿Presenta ansiedad o preocupación?		X
¿Disfruta actividades cotidianas?	X	
¿Presenta alteraciones del sueño?		X

Cox
Ivan
- Jair
- Luc
- Isab
- Dian

Funcionalidad e Independencia

	Si	No
¿Puede bañarse solo(a)?	X	
¿Puede alimentarse sin ayuda?	X	
¿Recuerda tomar medicamentos?	X	
¿Se moviliza sin dificultad?		X
¿Necesita apoyo para actividad básica?		X

Conducta y Observación Clínica

	Si	No
¿Mantiene adecuada higiene personal?	X	
¿Presenta contacto visual adecuado?	X	
¿Se comunica con claridad?	X	
¿Presenta conducta agresiva o alterada?		X
¿Se observa colaborador(a)?	X	

Área Social y Familiar

Adulto M.

	Si	No
¿Cuenta con red de apoyo familiar?		X
¿Participa en actividades sociales?	X	
¿Se siente escuchado(a) y respetado(a)?	X	
¿Convive acompañado(a)?	X	
¿Presenta señales de abandono?		X

Riesgos Psicosociales

	Si	No
¿Refiere ideas de muerte o desesperanza?		X
¿Presenta riesgo de caídas?		X
¿Existen señales de maltrato?		X
¿Se evidencia aislamiento social?		X
¿Presenta consumo de sustancias?		X

Observaciones: Se observa independencia y autonomia en actividades diarias normales, salud emocional estable.
- Colaboradora y funcional
- Integración con el grupo

Profesional responsable

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

Católico

Nombre: Pedro Antonio Rosas Fecha intervención: 10 junio 26
Edad: 64 Sexo: M Fecha de Nacimiento: 11 marzo/62 Dirección: Los Cristales

Estado Cognitivo

	Si	No
¿Se orienta en tiempo y lugar?	X	
¿Presenta olvidos frecuentes?		X
¿Recuerda nombres de familiares?	X	
¿Mantiene atención en la valoración?	X	
¿Comprende instrucciones simples?	X	

Estado Emocional

Notivo hijos

	Si	No
¿Se observa triste con frecuencia?	X	
¿Refiere sentirse solo(a)?	X	
¿Presenta ansiedad o preocupación?	X	
¿Disfruta actividades cotidianas?	X	
¿Presenta alteraciones del sueño?		X

Funcionalidad e Independencia

Sanitas

	Si	No
¿Puede bañarse solo(a)?	X	
¿Puede alimentarse sin ayuda?	X	
¿Recuerda tomar medicamentos?	X	
¿Se moviliza sin dificultad?	X	
¿Necesita apoyo para actividad básica?		X

Conducta y Observación Clínica

Diabetes

	Si	No
¿Mantiene adecuada higiene personal?	X	
¿Presenta contacto visual adecuado?	X	
¿Se comunica con claridad?	X	
¿Presenta conducta agresiva o alterada?		X
¿Se observa colaborador(a)?	X	

Área Social y Familiar

Adulto mayor

	Si	No
¿Cuenta con red de apoyo familiar?		
¿Participa en actividades sociales?		
¿Se siente escuchado(a) y respetado(a)?		
¿Convive acompañado(a)?		
¿Presenta señales de abandono?		

Riesgos Psicosociales

	Si	No
¿Refiere ideas de muerte o desesperanza?		X
¿Presenta riesgo de caídas?	X	
¿Existen señales de maltrato?		X
¿Se evidencia aislamiento social?		X
¿Presenta consumo de sustancias?		X

Observaciones: Se observa ansiedad y Preocupaciones por Soledad, vulnerabilidad psicosocial, sufre Diabetes ha presentado episodios crónicos
- Intervención individual sobre salud mental

FONDO

Profesional responsable

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro o pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013

Anexo 2: Reporte de labores desarrolladas por parte del auxiliar de enfermería.

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 001

1. Información del contrato

Contratista	ORIELSON LEÓN VEGA
Cédula de ciudadanía	88.143.897
Número del contrato	002 del 2026
Objeto del contrato	Prestación de servicios de apoyo como Auxiliar de Enfermería del Programa Centro Vida Ocaña, para el acompañamiento, seguimiento básico en salud, promoción de hábitos saludables, apoyo en el control de medicamentos prescritos y atención integral de los adultos mayores beneficiarios del programa.
Periodo de este informe	Del 11 mayo al 10 de junio del año 2026

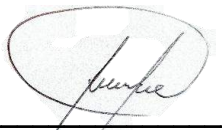
2. Informe detallado

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	AVANCES Y LOGROS
Realizar seguimiento al estado general de salud de los adultos mayores beneficiarios, mediante control básico, observación permanente y acompañamiento en las condiciones físicas y de bienestar general.	Realicé seguimiento al estado general de salud de los adultos mayores beneficiarios mediante observación permanente, valoración básica de las condiciones físicas, toma de signos vitales cuando fue requerido y acompañamiento durante las actividades desarrolladas por el programa, identificando oportunamente situaciones que requerían atención, orientación o seguimiento.
Apoyar actividades de promoción y prevención en salud, orientadas al autocuidado, hábitos saludables, higiene personal, alimentación adecuada, prevención de	Apoyé acciones de promoción y prevención en salud dirigidas a los adultos mayores beneficiarios, brindando orientación sobre hábitos de vida saludable, autocuidado, higiene personal, alimentación adecuada, hidratación y prevención de enfermedades asociadas al envejecimiento, contribuyendo al fortalecimiento de su bienestar integral.

enfermedades y envejecimiento saludable.	
Brindar acompañamiento y orientación básica a los adultos mayores frente al manejo de sus condiciones de salud, tratamientos médicos, medicamentos y remisiones cuando se requiera.	Brindé acompañamiento y orientación básica a los beneficiarios en relación con el manejo de sus condiciones de salud, el cumplimiento de tratamientos médicos formulados, el uso adecuado de medicamentos y el seguimiento de recomendaciones médicas, promoviendo prácticas seguras para el cuidado de su salud.
Participar y apoyar el desarrollo de actividades recreativas, culturales, deportivas, pedagógicas y de integración social programadas por el Centro Vida, favoreciendo el bienestar integral de los beneficiarios.	Participé y brindé acompañamiento durante las actividades recreativas, culturales, deportivas, pedagógicas y de integración social desarrolladas por el Centro Vida, velando por el bienestar de los adultos mayores y apoyando las acciones necesarias para su participación segura en cada jornada.
Participar en jornadas de valoración, seguimiento, actividades grupales, recreativas, deportivas, pedagógicas y demás espacios programados por el Centro Vida, promoviendo el bienestar integral de los beneficiarios.	Participé en las jornadas de valoración inicial, seguimiento básico en salud y actividades grupales programadas por el Centro Vida, apoyando la identificación de condiciones de salud relevantes y contribuyendo al bienestar físico, emocional y social de los beneficiarios.
Apoyar el seguimiento y actualización de información relacionada con el estado general de salud de los adultos mayores beneficiarios y demás registros requeridos para la atención integral.	Apoyé el proceso de caracterización y actualización de información relacionada con las condiciones generales de salud de los adultos mayores beneficiarios, diligenciando registros básicos de seguimiento y organizando la información requerida para la atención integral de la población atendida.

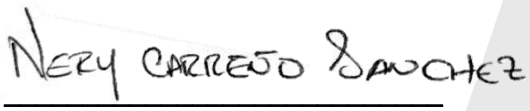
Participar en reuniones, jornadas institucionales, visitas y actividades programadas por la coordinación del proyecto, contribuyendo al trabajo interdisciplinario y cumplimiento de los objetivos del Centro Vida.	Participé en reuniones de coordinación, jornadas institucionales y actividades programadas por el proyecto, contribuyendo al trabajo articulado con el equipo interdisciplinario y al adecuado desarrollo de las acciones dirigidas a los adultos mayores beneficiarios.
Presentar oportunamente informes mensuales de actividades ejecutadas, seguimiento realizado, evidencias documentales y demás soportes requeridos por el contratante.	Elaboré y presenté oportunamente el informe mensual de actividades ejecutadas, incluyendo las acciones desarrolladas, registros de seguimiento, evidencias documentales y demás soportes requeridos para el cumplimiento de las obligaciones contractuales.
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS POR PARTE DEL SUPERVISOR	

Firma contratista:



Auxiliar de Enfermería
ORIELSON LEÓN VEGA
C.C 88.143.897

Firma Supervisora:



Coordinadora del Proyecto
NERY CARREÑO SANCHEZ
C.C 37.331.842

EVIDENCIAS

- Semana 1 (11 al 15 de mayo de 2026)

Actividades destacadas:

- Recolección de información básica relacionada con antecedentes médicos, condiciones de salud y necesidades de atención de los adultos mayores beneficiarios.
- Apoyo al equipo interdisciplinario en el proceso de caracterización e identificación de factores de riesgo y necesidades prioritarias de la población atendida.
- Organización inicial de registros y formatos requeridos para el seguimiento y control básico en salud de los usuarios.
- Verificación y consolidación de información necesaria para la atención integral de los beneficiarios.





- Semana 2 (19 agosto al 22 de mayo del 2026)

Actividades destacadas:

- Apoyo en la adecuación y organización de las instalaciones del Centro Vida para la reapertura del programa.
- Participación en la jornada de apertura e integración con los adultos mayores beneficiarios.
- Realización de valoraciones iniciales básicas y observación de las condiciones generales de salud de los usuarios asistentes.
- Registro de información relevante para el seguimiento individual de los beneficiarios y acompañamiento durante las primeras actividades grupales desarrolladas en el programa.







- Semana 3 (25 al 29 de mayo del 2026)

Actividades destacadas:

- Realización de valoraciones iniciales y seguimiento básico al estado general de salud de los adultos mayores asistentes.
- Toma de signos vitales y controles básicos de salud cuando fueron requeridos.
- Administración de medicamentos bajo fórmula médica y atención básica a situaciones de salud presentadas por algunos beneficiarios.
- Participaciones en actividades recreativas y de integración social desarrolladas por el programa.
- Orientación sobre hábitos saludables, hidratación y autocuidado para el fortalecimiento del bienestar integral de los adultos mayores.






- Semana 4 (1 al 5 y 9 al 10 de junio de 2026)

Actividades destacadas:

- Continuación del seguimiento básico al estado general de salud de los beneficiarios mediante observación, valoración y controles básicos.
- Toma de signos vitales, seguimiento a tratamientos médicos reportados y administración de medicamentos prescritos cuando fue requerido.
- Apoyo en actividades de escolarización, recreación, ejercicio físico adaptado e integración grupal.
- Orientación básica sobre autocuidado, hábitos saludables y uso adecuado de medicamentos.
- Actualización de registros de seguimiento y acompañamiento permanente a los adultos mayores participantes en las diferentes actividades del Centro Vida.




Identidad &Cultura
FUNDACIÓN





CALENDARIO MAYO - JUNIO 2026

FUNDACION IDENTIDAD Y CULTURA - CENTRO VIDA OCAÑA

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
11	12	13	14	15	16	17
Participación en reunión de socialización para el reinicio de actividades del Programa Centro Vida. Planeación de acciones de seguimiento y atención básica en salud para los beneficiarios.	Apoyo en el proceso de caracterización de adultos mayores. Recolección de información básica relacionada con antecedentes de salud, tratamientos médicos y condiciones generales de los beneficiarios.	Continuación del proceso de caracterización y verificación de información relacionada con condiciones de salud y tratamientos médicos reportados por los adultos mayores.	Continuación de la caracterización de beneficiarios y organización de registros básicos para el seguimiento en salud.	Consolidación de la información obtenida durante la caracterización y preparación de formatos y registros para el seguimiento de los beneficiarios.		
18	19	20	21	22	23	24
FESTIVO	Apoyo en la adecuación y organización de las instalaciones del Centro Vida. Verificación de condiciones básicas de seguridad, higiene y preparación de espacios para la atención de los adultos mayores beneficiarios.	Apoyo en la organización de áreas de atención, preparación de formatos de valoración inicial, revisión de registros básicos de salud y alistamiento para la reapertura del programa.	Acompañamiento durante la reapertura del Centro Vida. Valoración inicial a los adultos mayores Margario Castilla, Juan José Toro, Cirilo Torres y Alba Pacheco. Observación de condiciones generales de salud y orientación básica en autocuidado.	Valoración inicial a los adultos mayores José Coronel, Manuel Castro, Tomás Sanjuán y María Quintero. Seguimiento al estado general de salud de los beneficiarios y acompañamiento durante las actividades grupales desarrolladas en el programa.		
25	26	27	28	29	30	31
Valoración inicial a los adultos mayores Carmen Ovallos, Isabel Pacheco, Víctor Téllez y Alfredo Durán. Se brinda atención a herida en miembro superior izquierdo por caída de su propia altura al señor Juan Toro. Al paciente Pedro Rosas se le aplican gotas oculares bajo fórmula médica.	Valoración inicial a los adultos mayores Ramona Rangel, Orfelina Gómez, Alonso Jácome y Graciela Gómez. A la paciente Luz Torres se le toma tensión arterial con resultado de 140/80 mmHg. Al paciente Pedro Rosas se le aplican gotas oculares bajo fórmula médica.	Valoración inicial a los adultos mayores Carlos Jácome, Luis Gómez, Ricardo Peñaranda y José Celón. Al paciente Ricardo Peñaranda se le suministra tratamiento vía oral ordenado por el médico tratante. Al paciente Pedro Rosas se le aplican gotas oculares bajo fórmula médica.	Valoración inicial a los adultos mayores Carmen Alirio Carvajalino, Mery Ruedas, Dioselino Acosta e Isidro Arias. Al paciente Pedro Rosas se le aplican gotas oculares bajo fórmula médica. Se realiza glucometría al paciente José Coronel por recomendación médica.	Valoración inicial a los adultos mayores Leonor Lemus, Lubin Peñaranda, Ana Chinchilla y Ana Carrascal. Se realiza glucometría al paciente José Coronel por recomendación médica. A la paciente Mary Duarte se le toma tensión arterial con resultado de 189/66 mmHg.		
1	2	3	4	5	6	7
Valoración inicial a los adultos mayores Marlene Cañizares, Romelia Pallarés, Ana Arias y Carmen Arévalo. A la paciente Nery Ruedas se le toma tensión arterial con resultado de 133/67 mmHg. Al paciente Juan Toro se le suministra tratamiento vía oral bajo fórmula médica. A la paciente Luz María Torres se le aplica ampolla de eritropoyetina vía subcutánea bajo fórmula médica.	Valoración inicial a los adultos mayores Ángel Durán, Ana Sánchez, Jesús Caselles y Argemira Galvis. A la paciente Mary Duarte se le toma tensión arterial con resultado de 98/68 mmHg. A la paciente Luz María Torres se le toma tensión arterial con resultado de 154/84 mmHg. Al paciente Juan Toro se le suministra tratamiento vía oral bajo fórmula médica. Acompañamiento durante la jornada de inauguración y visita institucional.	Valoración inicial a los adultos mayores Isabel Bohórquez, Herminda Vera, Carmen Márquez y Jesús Sarabia. A la paciente Romelia Pallarés se le toma tensión arterial con resultado de 138/68 mmHg. Al paciente José Celón se le suministran 5 cc de hidróxido de aluminio por presentar dolor epigástrico. Al paciente Vistar Jiménez se le toma presión arterial con resultado de 112/59 mmHg.	Valoración inicial a los adultos mayores Luz Torres, María Lidueña y Samuel Jiménez. Al paciente Álvaro Téllez se le gestiona cita con medicina general y odontología en el HEQC. Al paciente Ricardo Peñaranda se le suministra tratamiento vía oral bajo fórmula médica. Al paciente Juan Toro se le realiza curación de herida en antebrazo izquierdo por caída presentada días anteriores.	Valoración inicial y seguimiento a los adultos mayores Gumercindo Peñuela, Urbano Tarazona y Victoria Jiménez. A la paciente Romelia Pallarés se le toma presión arterial con resultado de 98/68 mmHg. Al paciente Ricardo Peñaranda se le suministra tratamiento vía oral bajo fórmula médica. Al paciente Dioselino Acosta se le suministra una cápsula de simeticona más hidróxido de aluminio por presentar dolor epigástrico.		
8	9	10	11	12	13	14
FESTIVO	Valoración y seguimiento a los adultos mayores Dioli Javier Contreras, Nubia Galvis Quintero y Ana Arévalo. Al paciente Lubin Peñaranda se le toma tensión arterial con resultado de 110/70 mmHg. A la paciente Isabel Pacheco se le suministra medicamento para cefalea según necesidad reportada. A la paciente Nubia Galvis se le suministran 5 cc de hidróxido de aluminio por presentar dolor epigástrico. Se brinda acompañamiento durante la visita institucional del señor Alcalde Emiro Cañizares Plata y funcionarios de la Secretaría de Salud.	Valoración y seguimiento a los adultos mayores María Lidueña, Samuel Jiménez y Elcenia Pérez. Al paciente Ricardo Peñaranda se le suministra tratamiento vía oral bajo fórmula médica. A la paciente Luz María Torres se le aplica ampolla de eritropoyetina vía subcutánea bajo fórmula médica. Al paciente Carlos Jácome se le suministra 1 g de acetaminofén por presentar cuadro viral.				

ORIELSON LEÓN VEGA

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Calendario mensual de proyecto, en el que se evidencie la realización diaria y detallada de las actividades de cada integrante

PROYECTO: CENTRO VIDA OCAÑA
PROGRAMACIÓN MENSUAL DE ACTIVIDADES - FUNDACION IDENTIDAD Y CULTURA
ATENCIÓN DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA

CONVENIO: CENTRO VIDA OCAÑA **MUNICIPIO:** OCAÑA **PERIODO PROGRAMACIÓN:** JUNIO-JULIO 2026

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	FECHA	LUGAR	PARTICIPANTES	RESULTADOS ESPERADOS
Toma y control de signos vitales, observación del estado emocional, seguimiento al estado general de salud, acompañamiento durante actividades lúdicas y recreativas, orientación sobre hábitos de vida saludable y seguimiento a patologías asociadas al envejecimiento.	11 y 12 de junio	INSTALACIONES DE CENTRO VIDA	ADUTOS MAYORES DEL PROGRAMA	Realizar seguimiento periódico al estado físico y emocional de los adultos mayores, contribuyendo al mantenimiento de sus capacidades funcionales, promoviendo hábitos saludables y reportando oportunamente cualquier novedad o cambio significativo identificado durante la atención.
Toma y control de signos vitales, observación del estado emocional, seguimiento al estado general de salud, acompañamiento durante actividades lúdicas y recreativas, orientación sobre hábitos de vida saludable y seguimiento a patologías asociadas al envejecimiento.	15 al 19 de junio	INSTALACIONES DE CENTRO VIDA	ADUTOS MAYORES DEL PROGRAMA	Realizar seguimiento periódico al estado físico y emocional de los adultos mayores, contribuyendo al mantenimiento de sus capacidades funcionales, promoviendo hábitos saludables y reportando oportunamente cualquier novedad o cambio significativo identificado durante la atención.
Toma y control de signos vitales, observación del estado emocional, seguimiento al estado general de salud, acompañamiento durante actividades lúdicas y recreativas, orientación sobre hábitos de vida saludable y seguimiento a patologías asociadas al envejecimiento.	22 al 26 de junio	INSTALACIONES DE CENTRO VIDA	ADUTOS MAYORES DEL PROGRAMA	Realizar seguimiento periódico al estado físico y emocional de los adultos mayores, contribuyendo al mantenimiento de sus capacidades funcionales, promoviendo hábitos saludables y reportando oportunamente cualquier novedad o cambio significativo identificado durante la atención.
Toma y control de signos vitales, observación del estado emocional, seguimiento al estado general de salud, acompañamiento durante actividades lúdicas y recreativas, orientación sobre hábitos de vida saludable y seguimiento a patologías asociadas al envejecimiento.	29 y 30 de junio, 1,2 y 3 de julio	INSTALACIONES DE CENTRO VIDA	ADUTOS MAYORES DEL PROGRAMA	Realizar un historial periodico de la salud mental y fisica de cada uno de los pacientes tratados. Mantener y mejorar las capacidades fisicas y cognitivas de cada adulto mayor. Reportar cambios en la condicion del paciente teniendo en cuenta la ficha tecnical inicial a coordinacion de centro vida.
Toma y control de signos vitales, observación del estado emocional, seguimiento al estado general de salud, acompañamiento durante actividades lúdicas y recreativas, orientación sobre hábitos de vida saludable y seguimiento a patologías asociadas al envejecimiento.	06 al 10 de julio	INSTALACIONES DE CENTRO VIDA	ADUTOS MAYORES DEL PROGRAMA	Realizar un historial periodico de la salud mental y fisica de cada uno de los pacientes tratados. Mantener y mejorar las capacidades fisicas y cognitivas de cada adulto mayor. Reportar cambios en la condicion del paciente teniendo en cuenta la ficha tecnical inicial a coordinacion de centro vida.

Nombre: ORIELSON LEÓN VEGA



Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Jesus Mateo Jaraba
CC:	13763179

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Ibuprofeno y acetaminofen cuando tengo dolor

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	124/75 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	86 x'
Frecuencia respiratoria (FR)	21 x'
Temperatura (T°)	37° C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?		X
¿Necesita ayuda con estas actividades?	X	
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?	X	

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Vive con 1 Persona (Familiar)
¿Escaleras difíciles de subir?	Si hay escaleras
¿Baño poco accesible?	Es de fácil acceso.

Firma de auxiliar o responsable:
Nombre: Omerson León Vega

Identidad & Cultura FUNDACIÓN

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Argumira Galvis Ramirez
CC:	26774983

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		Hipertension arterial
Diabetes:			Diabetes mellitus
Toma algún medicamento:			Losartan x100. mg. (altas dosis en la mañana)

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	136/70 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	78x'
Frecuencia respiratoria (FR)	18x'
Temperatura (T°)	35.6°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?		X

HISTORIAL DE CAIDAS	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?	X	
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Con 1 persona (No familiar)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras en mi casa
¿Baño poco accesible?	Es Plano no hay gradas

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Anderson Luis Virgen

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Carmen Rafael Arevalo
CC:	27764935

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		Hipertension arterial
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Analgesicos como el acetaminofen x dolor.

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	124/72 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	78x1
Frecuencia respiratoria (FR)	19x1
Temperatura (T°)	36.7°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?		X

HISTORIAL DE CAIDAS	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?	X	
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Vive con 3 personas (no familia)
¿Escaleras dificiles de subir?	Si hay facil de acceder.
¿Baño poco accesible?	Bien accesible y en mondad

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Yuleisson Leon Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Eloisa Perez
CC:	37336211

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Actualmente no Mujere ningun Medicamento

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	140/78 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	76x1
Frecuencia respiratoria (FR)	16x1
Temperatura (T°)	T 36.5°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Vive con 2 Personas (Familiares)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay gradas en la casa.
¿Baño poco accesible?	Tengo Buena accesibilidad.

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Orlando León Vega.

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Isabel Cristo Arevalo
CC:	27764935

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			No toma ningun Medicamento actualmente

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	104/67 mmhg
Frecuencia cardiaca (FC)	84 x1
Frecuencia respiratoria (FR)	18 x1
Temperatura (T°)	36.5°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA Peso: 57 Kg.	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Con 2 Personas (No son Familia)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay gradas en mi Casa.
¿Baño poco accesible?	Baño con gran accesibilidad.

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Brenda Lucia Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Carmen Milena Sarabia
CC:	27765503

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			toma solo acetaminofen cuando tiene dolor

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	131/58 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	66 x1
Frecuencia respiratoria (FR)	18 R/
Temperatura (T°)	36°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso = 64 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	4 Personas (familiares
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras en mi casa
¿Baño poco accesible?	No hay gradas para subir al baño

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Nelson León Vega

Identidad & Cultura FUNDACIÓN

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Urbano Tarazona Navarro
CC:	13373.645 de Convención

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Tomo Medicamentos Para el Problema de la Postura

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	125/76 mmhg
Frecuencia cardiaca (FC)	71 X
Frecuencia respiratoria (FR)	18 X
Temperatura (T°)	36.5° C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA Peso = 68 Kgs.	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Vivo Solo en Casa Familiar
¿Escaleras difíciles de subir?	Si hay un Poco Inclinada
¿Baño poco accesible?	Es de facil acceso

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Nelson Leon Vega

Identidad & Cultura FUNDACIÓN

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	María Yolanda Arduenas
CC:	57506197

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		Hipertensión arterial
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			No toma medicamentos solo el antihipertensivo.

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	130/78 mmHg.
Frecuencia cardiaca (FC)	76 L
Frecuencia respiratoria (FR)	20 r
Temperatura (T°)	37° C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Con 7 Personas (familiares)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras.
¿Baño poco accesible?	No tengo problemas para acceder.

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Jhulson Leiva Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Samuel Elias Jimenez Horta
CC:	1128184833

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		Hipertension arterial
Diabetes:	X		Diabetes mellitus
Toma algún medicamento:			Losartan x50 mg 1 al dia
			Metformina 850 x100 mg 1 al dia

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	140/75 mmhg
Frecuencia cardiaca (FC)	86x1
Frecuencia respiratoria (FR)	20x1
Temperatura (T°)	36° C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Con 1 persona (Esposa)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras en mi vivienda.
¿Baño poco accesible?	No tengo ninguna dificultad

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Omeson León Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Pedro Antonio Meneses Meneses
CC:	5035464

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			actualmente no toma ningun medicamento

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	130/78mmHg.
Frecuencia cardiaca (FC)	78
Frecuencia respiratoria (FR)	24
Temperatura (T°)	T 36°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso = 61 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Vive con 3 personas
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras
¿Baño poco accesible?	Tengo buena accesibilidad

Firma de auxiliar o responsable

Nombre: Yhelson León Vega

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	(Ú) Ramón Gómez Pinzón
CC:	88137457 de cúcuta

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			No toma medicamentos en la actualidad

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	92/58 mmHg
Frecuencia cardiaca (FC)	58 x'
Frecuencia respiratoria (FR)	18 x'
Temperatura (T°)	37°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?		X

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 42 Kg	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?	X	
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?	X	
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?	X	

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	No hay escalones en mi casa
¿Escaleras difíciles de subir?	2 personas, (Hermana y Cuñado)
¿Baño poco accesible?	No tengo dificultad.

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Carlson Leon Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Mgna Gimelda Quintero
CC:	49659526 de Ocaña

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:	X		Diabetes mellitus
Toma algún medicamento:			Insulina Glargina (0 U) al dia

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	127/71 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	83 X
Frecuencia respiratoria (FR)	16 X
Temperatura (T°)	36° C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?		X

HISTORIAL DE CAIDAS Peso 59 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Con 3 Personas (Esposo e hijo)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escalones mi casa
¿Baño poco accesible?	Es de Facil acceso

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Jackson León Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Leonor Lemus de Pettaranda
CC:	27661212 de Ocaña

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			No Toma ningun medicamento actualmente

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	123/63 mmHg.
Frecuencia cardiaca (FC)	74 H
Frecuencia respiratoria (FR)	18 H
Temperatura (T°)	37° C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 48 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?	X	
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?	X	
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	2 Personas (Esposo e hijo)
¿Escaleras dificiles de subir?	No hay escaleras
¿Baño poco accesible?	De facil accesibilidad

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Brelson León Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Pedro Rosas Molina
CC:	13477632 de cucuta

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		Hipertension arterial
Diabetes:	X		Diabetes mellitus
Toma algún medicamento:			Metformina x 850mg 1 noche
			Valsartar x 160mg 1 al dia

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	67/51
Frecuencia cardiaca (FC)	86 x
Frecuencia respiratoria (FR)	17 x
Temperatura (T°)	36.7°c

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?		X

HISTORIAL DE CAIDAS Peso = 65 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?	X	
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?	X	

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	5 Personas (no familiares)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras
¿Baño poco accesible?	Baño muy accesible.

Firma de auxiliar o responsable:
Nombre: Esteban Leon Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Gumiranda Peñuela Cáceres
CC:	5444117 del carmen norte de santander

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		Hipertensión arterial
Diabetes:		X	Losartan x 50 mg 2 al día
Toma algún medicamento:			Tamsulosina x 0.4 mg 1 al día

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	117/59 mmHg.
Frecuencia cardiaca (FC)	64 l/m
Frecuencia respiratoria (FR)	18 x'
Temperatura (T°)	36.6°c

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 60 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?	X	
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Vive Solo
¿Escaleras difíciles de subir?	Si hay escaleras con dificultad
¿Baño poco accesible?	Si es difícil la accesibilidad.

Firma de auxiliar o responsable:
Nombre: Arleison Leon Vega

Identidad & Cultura FUNDACIÓN

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Dioly Javier (contreras)
CC:	1373 2697 de Convención

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			No toma (medicamentos) actualmente

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	136/74 mmhg
Frecuencia cardiaca (FC)	86 X'
Frecuencia respiratoria (FR)	16 X'
Temperatura (T°)	36.7°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA Peso: 65 kg.	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	3 personas (no familiares)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras
¿Baño poco accesible?	Tengo buena accesibilidad.

Firma de auxiliar o responsable:
Nombre: Omelson León Vega

Identidad & Cultura FUNDACIÓN

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Trinidad Conde
CC:	27861597 Teorama

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Levotiroxina 1 al dia en ayunas de la misma

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	7/59 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	81 x'
Frecuencia respiratoria (FR)	20 x'
Temperatura (T°)	36° C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 49 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?	X	
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	1 Persona (Esposo)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras en casa
¿Baño poco accesible?	No tengo Inconvenientes.

Firma de auxiliar o responsable:
Nombre: Nelson Leon Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Juan de Dios Contreras
CC:	200156 de Teorama

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	Metformina por 500 mg.
Toma algún medicamento:			1 tab por Dolor.

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	86/42 mmHg.
Frecuencia cardiaca (FC)	72 x'
Frecuencia respiratoria (FR)	20 x'
Temperatura (T°)	36.5°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?		X

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 39 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?	X	
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?	X	

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Esta / Persona (Esposa)
¿Escaleras difíciles de subir?	Si muy escalera
¿Baño poco accesible?	No tengo ninguna dificultad.

Firma de auxiliar o responsable:
Nombre: Orlando León Vega

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Carmen Myna Morgrez
CC:	37313392 de Ocaña

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		Condicion Cronica
Diabetes:	X		condicion Cronica
Toma algún medicamento:			Losartan X1 toma y 1 alda Metformina X1 toma y 1 alda

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	59/69 X'
Frecuencia cardiaca (FC)	78X'
Frecuencia respiratoria (FR)	18X'
Temperatura (T°)	36.5°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 59 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caida reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	4 Personas (Familiares)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay Escaleras
¿Baño poco accesible?	Es muy Plano todo

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Omerson Leon Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	José de Jesús Castelles
CC:	1957120 de Rodeoro Cesar

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Casayton x 50 mg / Tabaldia por tiempo indefinido.

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	110/60 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	76X
Frecuencia respiratoria (FR)	18X
Temperatura (T°)	37°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?		X

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 74 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?	X	
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	1 Persona (Esposa)
¿Escaleras difíciles de subir?	Hay gradas en el hogar
¿Baño poco accesible?	No hay ninguna dificultad.

Firma de auxiliar o responsable:
Nombre: Nelson León Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Isabel Alfonso Bohorquez
CC:	37365665 de Ocaña

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		Hipertension Arterial
Diabetes:	X		Diabetes mellitus
Toma algún medicamento:			No está en tratamiento en el momento

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	140/80 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	79x1
Frecuencia respiratoria (FR)	20x1
Temperatura (T°)	36°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso:	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?	X	
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?	X	
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	con 1 Persona (1 hijo)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay Escaleras
¿Baño poco accesible?	Es de facil acceso.

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Nelson León Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Victoria Jimenez
CC:	37312047 de Rio de Oro

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Valsartan x 160 mg 1 en la mañana.

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	110/70 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	78 x'
Frecuencia respiratoria (FR)	18 x'
Temperatura (T°)	36.5°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 62 kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?	X	
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?	X	
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?	X	

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	1 Persona (No familiar)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escalones
¿Baño poco accesible?	No tengo inconvenientes.

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Orelson León Vega

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Herminda Vera Rodriguez
CC:	33515466 Pamplona.

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:	X		
Toma algún medicamento:			No toma ningun Medicamento para enfermedad crónica

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	110/70 mmhg
Frecuencia cardiaca (FC)	80 x'
Frecuencia respiratoria (FR)	18 x'
Temperatura (T°)	37 °C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 92 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	4 Personas (familiares)
¿Escaleras difíciles de subir?	Si hay varias escalones
¿Baño poco accesible?	No tengo dificultad

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Nelson Leon Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Miyel David Duran Rincon
CC:	5466626 de Ocaña.

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Tamsulosina 0,4 mg 1 cap dia tratamiento por 1 mes.

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	140/80 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	71 x1
Frecuencia respiratoria (FR)	17 x1
Temperatura (T°)	36.6° c

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?		X

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 52 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?	X	
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Vive con 1 hijo
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras
¿Baño poco accesible?	Es muy accesible

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Carlos Leon Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Ana Ester Sánchez
CC:	37313875 Rio de oro

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Valsartan 80mg, 1 al día Ranitidina 150 al día

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	94/59 x'
Frecuencia cardiaca (FC)	67 x'
Frecuencia respiratoria (FR)	18 x'
Temperatura (T°)	36.6° C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?		X

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 62 Kg	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	1 Persona (Esposo)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay Escalera
¿Baño poco accesible?	Es del difícil acceso

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Emerson León Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Marlene Camargo T
CC:	37313027 de Ocaña

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Valsartan x 80mg 1 al dia
			Daflon x 1000mg 1 al dia

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	100/62 mmHg
Frecuencia cardiaca (FC)	68x'
Frecuencia respiratoria (FR)	18x'
Temperatura (T°)	36°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 75 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Vivo sola
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras
¿Baño poco accesible?	No todo es plano

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Orlenson Luis Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Ana Graciela Arias Quevedo
CC:	27760704 de Rio de oro

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			levotiroxina x 50mg 1 tab al dia

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	134/73 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	60 x'
Frecuencia respiratoria (FR)	16 x'
Temperatura (T°)	37° c

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 63 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Sola
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras
¿Baño poco accesible?	No tiene dificultad

Firma de auxiliar o responsable:
Nombre: Nelson Leon Vega

Identidad & Cultura FUNDACIÓN

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Alba Isabel Arevalo
CC:	27764935 de Ocaña

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Toma pastillas para el asma y el Pulmon

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	124/69 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	78 x
Frecuencia respiratoria (FR)	76 x 18 x
Temperatura (T°)	36°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Paso = 51 Km.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Vivo con 2 personas (Ho familiar)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras
¿Baño poco accesible?	Es de facil acceso.

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Yhidson Jair Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Romelia Pallares Garzon
CC:	37229504 de Convención

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Balsartan x/160mg 1 dia Atorvastatina 1 al/ dia.

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	129/56 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	100x'
Frecuencia respiratoria (FR)	18x'
Temperatura (T°)	36.7° C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?		
¿Necesita ayuda con estas actividades?		
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?		

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 59 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Vivo Sola
¿Escaleras difíciles de subir?	Si hay 10 escalones dificiles
¿Baño poco accesible?	Si es de difícil acceso.

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Nelson León Vega

Identidad &Cultura FUNDACIÓN

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Alvaro Tellez
CC:	3320897 de Medellin

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Diclofenaco 75 x 50 mg por presentar dolor corporal

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	74/54 mmhg
Frecuencia cardiaca (FC)	79x1
Frecuencia respiratoria (FR)	16x1
Temperatura (T°)	35.3°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 56 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Vivo Solo
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras en mi habitat
¿Baño poco accesible?	Si no tengo buena accesibilidad.

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Cristian Leon Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Pedro Elias Meneses Blanco
CC:	13.250878 de comparación

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Hidroxido de Aluminio 3 cc al dia

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	99/65 mmhg
Frecuencia cardiaca (FC)	69 X'
Frecuencia respiratoria (FR)	18 X'
Temperatura (T°)	37°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 47 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?	X	
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?	X	

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?	X	

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Vive con 3 personas (familiares)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras
¿Baño poco accesible?	Fácil acceso.

Firma de auxiliar o responsable:
Nombre: Orlenson León Vega

Identidad & Cultura FUNDACION

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Miguel Angel Jacome Pacheco
CC:	1336122 de ocaña.

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión		X	
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	130/76 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	62 x'
Frecuencia respiratoria (FR)	18 x'
Temperatura (T°)	36.4°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 58 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	1 Persona (Hermana)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras.
¿Baño poco accesible?	Tengo buena accesibilidad.

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Carlos León Vega

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Ana Elda Chinchilla Chinchilla
CC:	26864977

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		Hipertension arterial
Diabetes:		X	
Toma algún medicamento:			Apixaban 5mg 2 al dia.
			Valsartan + amlodipino
			Bisoprolol x 5 mg

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	173/78 mmhg.
Frecuencia cardiaca (FC)	83 x'
Frecuencia respiratoria (FR)	16 x'
Temperatura (T°)	37°C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 71 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caída reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?		X
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?		X
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	1 Persona (1 hijo)
¿Escaleras difíciles de subir?	No hay escaleras
¿Baño poco accesible?	No tenga ninguna dificultad.

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Brayan León Vega

Identidad &Cultura FUNDACION

FICHA DE VALORACIÓN INICIAL PARA ADULTOS MAYORES
CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR 2026
FUNDACION IC - IDENTIDAD Y CULTURA
OCAÑA - NORTE DE SANTANDER

NOMBRE Y APELLIDOS:	Ramona Rangel Contreras
CC:	27745560

HISTORIAL MÉDICO			
Tiene alguna condición médica como:	SI	NO	¿Cuáles?
Hipertensión	X		Losartan x50 mg 1 al dia.
Diabetes:	X		
Toma algún medicamento:			Metoclopramida x100 mg 2 al dia Losartan x50 mg 2 al dia.

SIGNOS VITALES	
Presion Alterial (T/A)	134/68 mm hg
Frecuencia cardiaca (FC)	76 x'
Frecuencia respiratoria (FR)	17 x'
Temperatura (T°)	37° C

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	SI	NO
¿Puede realizar actividades básicas como vestirse, bañarse y alimentarse por si mismo?	X	
¿Necesita ayuda con estas actividades?		X
¿Puede preparar sus propias comidas y realizar tareas domésticas básicas?	X	

HISTORIAL DE CAIDAS Peso: 65 Kg.	SI	NO
¿Ha experimentado alguna caida reciente?		X
¿Tiene dificultades para mantener el equilibrio o caminar?	X	
¿Cuenta con ayuda técnica, silla de ruedas, bastón?		X

ESTILO DE VIDA	SI	NO
¿Realiza ejercicio regularmente?	X	
¿Tiene algún hábito de consumo de alcohol o tabaco?		X

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA	
¿Cuántas personas viven?	Vivo con 3 familiares
¿Escaleras difíciles de subir?	No tengo Gradas
¿Baño poco accesible?	No tengo dificultad.

Firma de auxiliar o responsable:

Nombre: Orelvis León Vega